Rok LIII. Kraków, dnia 7. marca 1914 Nr 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z zakładu sądowo-lekarskiego Uniw. Jagiell. w Krakowie.

O szkieletach znalezionych na Wawelu w czerwcu 1913.

Napisał

Prof. Dr Wachholz.

»Ziemia jest matką natury i grobem,
Grzebie i życia obdziela zasobem«.
Szekspir.

Odwieczne, historyczne miasta przedstawiają się jako cmentarzyska. Poniżej naziemia, na którem wre nieraz bujne, nowoczesne życie, mieszczą się ukryte pamiątki życia minionego, mniej lub więcej dobrze zachowane, a obok nich o wiele mniej oporne, znikome resztki tych, do których to życie w doli lub niedoli należało.

Gdziekolwiek będą w Krakowie podjęte roboty ziemne, niemal zawsze natrafia się w głębi ziemi na kości ludzkie. Znalezienie kości ludzkich obok dotąd jeszcze istniejących lub z biegiem czasu zniesionych kościołów nie budzi żadnego zajęcia, wiadomo bowiem, że aż po rok 1800[1]) obejścia kościołów były cmentarzami miejskimi. Niekiedy przecież nabiera znalezienie kości ludzkich znaczenia i rozgłosu, a to, jeżeli domniemywa się w nich szczątków historycznych osobistości[2]) lub szczątków ofiar, możliwie w niezbyt odległej przeszłości popełnionej zbrodni.

W czerwcu 1913 r. natknięto się przy robotach ziemnych na Wawelu w pobliżu byłego c. i k. szpitala garnizonowego na szkielet ludzki. Ponieważ szkielet ten spoczywał obok skrzydła gmachu, który stał zwykle pustką i w miejscu od zewnątrz niedostępnem dla ludności cywilnej, przeto obudziło się podejrzenie, czy szkielet ten nie stanowi resztek ofiary tajemniczej zbrodni, popełnionej na wojskowym. Podejrzenie to wydało się tem więcej uzasadnione, że szkielet ten spoczywał płytko w ziemi, pokryty korzeniami rosnącego nad nim kasztana. Skoro nadto wezwany lekarz miejski po obejrzeniu szkieletu orzekł, że może on w ziemi spoczywać około 15 lat, zawiadomiono o sprawie c. i k. Sąd wojskowy, który wysłał na miejsce komisyę śledczą z przybraniem mnie jako znawcy. Znaleziony szkielet, a raczej luźne jego kości, przesłał równocześnie tenże Sąd w opieczętowanej skrzyni do zakładu sądowo-lekarskiego celem zbadania ich.

Oględziny miejsca znalezienia szkieletu wykazały.

Na Wawelu w przestrzeni poza południowo-wschodniem skrzydłem byłego c. i k. szpitala wojskowego, obecnie przebudowywanego na Muzeum narodowe, natrafiono w ziemi w odległości 7 metrów od zewnętrznej ściany tegoż skrzydła ku ulicy Bernardyńskiej pomiędzy znalezionymi w ziemi fundamentami baszt Panieńskiej i Tęczyńskiej na trzy szkielety. Spoczywały one w linii, biegnącej równolegle z ścianą czołową tego skrzydła gmachu poszpitalnego. Były one od siebie o 5 m., zaś od ściany gmachu o 7 m. odległe. Pierwszy z nich, najpierw znaleziony i do zbadania mnie przesłany, spoczywał około 35 cm, drugi około 15 cm, trzeci, najbardziej ku wschodowi wysunięty, około 70 cm pod obecną powierzchnią ziemi. Szkielety te spoczywały grzbietem ku dołowi, z rękoma skrzyżowanemi na piersiach, czaszką zwrócone ku południowemu wschodowi (ku Wiśle), stopami zaś ku północnemu wschodowi, niejako poglądające w tę stronę świata. Obok szkieletów nie udało się znaleść żadnych szczątków ubrania lub innych przedmiotów. Kości twarzowe były pokruszone, zmieszane z ziemią i wtłoczone w głąb jamy czaszkowej. Podobnie zniszczone były kości miednicowe. Powierzchnia kości była brudno-żółto zabarwiona, utkanie ich było rozrzedzone, przez korzenie roślin, zwłaszcza drzew kasztanowych (przy których wykopywaniu właśnie natrafiono na szkielety) poprzerastane i tak kruche, że już pod lekkim uciskiem kruszyło się i rozpadało. Uderzała również wielka lekkość tych kości. Ziemia, w której szkielety spoczywały, jest lekka, piaszczysta, wodę łatwo przepuszczająca.

Badanie najpierw znalezionego szkieletu, dokonane przezemnie w zakładzie sądowo-lekarskim, dało następujący wynik:

Przesłane do zbadania kości przedstawiają się jako: 1) Prawa połowa łuski kości potylicznej wraz z przyległą tylną połową prawej kości ciemieniowej i około $^1/_5$ lewej kości ciemieniowej. W miejscu połączenia tych ułomków kostnych dobrze zachowane części szwów wargowego i strzałkowego, które nie są zanikłe. 2) Kawałek 9 cm szeroki, a 8 cm długi prawej połowy kości czołowej z częścią górnego brzegu oczodołowego i wyrostkiem jarzmowym. 3) Kawałek $5^1/_2$ cm długi, a $2^1/_2$ cm szeroki, romboidalny, prawej kości ciemieniowej z dość dobrze zachowanym ząbkowanym brzegiem. 4) Dość dobrze zachowana prawa kość skroniowa z odłamanym wyrostkiem jarzmowym 5) Obie szczęki górne z zachowanymi wyrostkami podniebiennymi i z otwartemi jamami Highmora. W wyrostkach zębodołowych znachodzą się po 2 niestarte, zdrowe, silnie rozwinięte, pierwsze zęby trzonowe. W prawej szczęce próżny zębodół po zębie mądrości, w lewej nie ma jeszcze tego zębodołu wytworzonego, a tylko jest kość w tem

miejscu rozrzedzona. W tejże lewej szczęce mieści się pierwszy ząb dwuguzikowy, zdrowy i mało starty. Reszty zębów w zębodołach brak. 6) Żuchwa, złożona z lewego poziomego ramienia swego, z części środkowej i $^1/_3$ części prawego ramienia poziomego. Wyrostek zębodołowy silnie rozwinięty, nie zanikający, w nim dwa pierwsze lewe zęby trzonowe, drugi prawy dwuguzikowy i pierwszy prawy trzonowy ząb; wszystkie te zęby zdrowe, silne, mało starte. Oddzielnie znaleziono jeden dolny ząb trzonowy, dwa dolne dwuguzikowe, jeden kieł i jeden siekacz, wszystkie zdrowe, nie starte. 7) Górna część trzonu mostka (corpus sterni), 6 cm długa, $4^1/_2$ cm najbardziej szeroka z zagłębieniami obustronnemi dla 2. 3. 4. pary żeber. 8) Osiem kręgów piersiowych, których trzony są mniej więcej uszkodzone, silnie rozrzedzone i przerośnięte przez korzenie roślinne. Nadto 14 ułomków kręgów, z których jeden przedstawia $^2/_3$ części kręgu szyjnego z otworem poprzecznym (foramen transversum). Trzy kręgi lędźwiowe z uszkodzonymi trzonami i odłamanymi łukami. Kręgi krzyżowe skostniałe w kość krzyżową, w której braknie górnej części trzonu i wszystkich lewych wyrostków poprzecznych. 9) Pierwsze lewe żebro i 46 odłamków żeber od 3—16 cm długich. 10) Prawy obojczyk $14^1/_2$ cm długi, nieznacznie u końca barkowego odłamany. 11) Dwa ułomki obu łopatek, odpowiadające częściom środkowym tych kości. Na ułomku prawej łopatki dość dobrze zachowany wyrostek barkowy (acromion) i kruczy. 12) Lewa kość ramieniowa, 30 cm długa, pozbawiona główki, z odłamaną, lecz dobrze dającą się zaadaptować dolną nasadą. Prawa kość ramieniowa 22 cm długa z zachowanym wewnętrznym kłykciem (epicondylus int.) i bloczkiem, zresztą ze zdefektowaną dolną nasadą; górnej nasady i górnej części trzonu kości tej brak. 13) Prawa kość łokciowa dobrze zachowana, 27 cm długa, na granicy $^1/_3$ części górnej nieregularnie przełamana; odłamki te przystają dobrze do siebie, przełom jaśniej od reszty powierzchni kości zabarwiony. Lewa kość łokciowa $16^1/_2$ cm długa, pozbawiona dolnej swej części. 14) Prawa kość sprychowa 24 cm długa, ze skośnie od góry i przodu ku dołowi i tyłowi odłamaną górną nasadą, której brak. Lewa kość sprychowa 24 cm długa, w środku złamana, przełom jaśniej zabarwiony, odłamki przystają dobrze do siebie. 15) Siedem kości nadgarstka, t. j. 2 kostki łódkowate, 2 główkowate, 2 kolczaste i 1 wielokątna. 16) Dziewięć dobrze zachowanych kości śródręcza, 9 kości dobrze zachowanych z pierwszych członów palców rąk i 9 kości drugich członów tychże. 17) Lewa kość bezimienna składa się z 3 silnie zdefektowanych części: a) tylna górna część kości biodrowej z grzebieniem i obu kolcami tylnymi; z częścią tą złączona jest tylna część kości kulszowej z kolcem i z uszkodzonym guzem (tuber ischii). Cała ta część jest 18 cm długa, $6^1/_2$ cm najbardziej szeroka. b) Kawałek kości kulszowej i łonowej 13 cm długi, 6 cm szeroki z częścią panewki. c) Trójkątny kawałek kości biodrowej z kolcem górnym przednim u podstawy 9 cm, u obu boków 10 cm długi. 18) Prawa kość bezimienna składa się również z 3 ułamków: a) część przednia talerza biodrowego z obu przednimi kolcami i częścią panewki, liczy 14 cm na długość, 11 cm na szerokość; b) tylna część talerza biodrowego nieregularnego kształtu. c) Kość łonowa z obu swemi ramionami, zdefektowana. 19) Prawa kość udowa, 49 cm długa, składa się z 3 dobrze do siebie przystających części: a) główka, szyjka, uszkodzony krętarz większy i około $^1/_6$ część górna trzonu kości, b) reszta trzonu z małą częścią dolnej nasady, c) reszta dolnej nasady. Przełomy jaśniej zabarwione. 20) Lewa kość udowa składa się: a) z 3 zdefektowanych części górnej nasady, b) z trzonu 31 cm długiego, c) z dolnej nasady uszkodzonej i do reszty już nie przystającej. Przełomy jaśniej zabarwione. 21) Obie, zupełnie zachowane rzepki. 22) Prawa i lewa kość goleniowa, dobrze zachowane, po 39 cm długie. 23) Lewa kość strzałkowa (fibula) dobrze zachowana, $37^1/_2$ cm długa, prawa kość z 3 ułamków, dobrze do siebie przystających złożona. 24) Dwie dobrze zachowane kości piętowe, jedna uszkodzona kość skokowa, po dwie dobrze zachowane kostki, dalej po dwie kości łódkowate i klinowe. Pięć dobrze zachowanych kości śródstopia i cztery kości członów palców nóg. 25) Nadto mieści się w skrzyni 281 ułamkow kostnych, których z powodu ich małości i braku charakterystycznych cech anatomicznych bliżej określić już nie można.

Wszystkie wymienione powyżej kości okazują charakterystyczną dla ludzkich kości budowę anatomiczną. Substancya kostna na powierzchni tych kości jest zbita, brudnożółtawo, na przełomach wybitnie jaśniej zabarwiona. Wszystkie kości są uderzająco lekkie. W celu porównawczym zbadałem ciężar kości pierwszej śródstopia ze zbioru kości przesłanych do zbadania, taką samą kość ze szkieletu, znajdującego się w zakładzie od 30 lat, a służącego do celów wykładowych, wreszcie taką samą kość wydobytą świeżo ze zwłok 23-letniego mężczyzny, którego wzrost wynosił 177 cm. Kość ostatnią pozbawiono dokładnie raspatorem części miękkich i chrząstek i wysuszono przez 3 dni w ciepłocie pokojowej. Pierwsza kość, należąca do badanego kośćca, była 7 cm długa, u podstawy swej 3·2 cm szeroka, a ważyła 11·20 gr; druga kość (ze szkieletu zakładowego) była 6·9 cm długa, u podstawy 3·2 szeroka, ważyła 13 gr (cały szkielet ten liczy 177 cm długości); trzecia kość (ze zwłok świeżych wzięta) była 7·4 cm długa, u podstawy 3 cm szeroka, a ważyła 24—40 gr. Porównując rozmiary kości pierwszej i drugiej w stosunku do ich wagi, dochodzi się do przekonania w drodze rachunku, że kość pierwsza ze zbadanego szkieletu powinna była mieć wagę 13·3 gr, a miała w istocie tylko 11·20 gr. Z takiego samego porównania pierwszej (badanego szkieletu) i trzeciej (ze świeżych zwłok) kości wynika, że powinna była mieć kość pierwsza wagę 23 gr, a miała 11·20 gr, a więc przeszło 100% mniej wagi. Dobrze zachowana kość łódkowata z nadstopia badanego kośćca ważyła 7·20 gr, gdy ta sama kość ze wspomnianych zwłok, pozbawiona części miękkich i przez 3 dni suszona, o rozmiarach tych samych, jak pierwsza, ważyła 11·80 gr.

Wszelkie wyniosłości i listwy kostne jako punkty uczepów mięśni, są na badanych kościach silnie rozwinięte. Jamy szpikowe w kościach długich próżne i wązką warstwą substancyi gąbczastej na swych ścianach pokryte. Substancya kostna wszędzie jednakowo krucha i łatwo łamliwa, substancya gąbczasta silnie rozrzedzona i przez korzenie roślinne przerośnięta. Jedną z kości śródręcza z badanego szkieletu i taką samą kość, wyjętą ze świeżych zwłok, pozbawioną części miękkich, zanurzono w 10% roztworze kwasu solnego, poczem po upływie 4 dni obie wyjęto i zbadano. Po włożeniu kości z badanego szkieletu kwas solny wzburzył się i zapienił. Kość ta była po upływie 4-dniowej maceracyi w kwasie solnym miękką, podobną do gąbki wyżętej z wody, podczas gdy kość ze świeżych zwłok była jędrną, a tylko giętką i sprężystą.

Na podstawie powyższych badań kości, będących w mowie, wydałem następującej treści orzeczenie:

A. *Jakiego pochodzenia są dane kości i jaka ich przynależność?*

Ponieważ badane kości posiadają wszystkie anatomiczne znamiona kości ludzkich, przeto nie ulega żadnej wątpliwości, że kości te pochodzą z kośćca ludzkiego.

Ponieważ zarazem opisane od 1—25 kości dokładnie sobie odpowiadają jako części składowe szkieletu jednego człowieka, przeto jest pewnem, że tworzą one aczkolwiek zdefektowaną, przecież jednak wyraźną całość, t. j. kościec tylko jednego i tego samego człowieka.

B. *Jaki mógł być wzrost posiadacza badanego kośćca?*

Ponieważ badany kościec, jak z opisu jego wynika, nie jest zupełnym i nienaruszonym, zatem nie można wzrostu jego właściciela podać na podstawie prostego pomiaru jego długości i odpowiedniej poprawki. Pozostaje więc jedynie sposób określenia wzrostu właściciela kośćca na podstawie pomiarów długości dobrze zachowanych kości długich przy zastosowaniu odnośnych, przez naukę określonych formuł, opartych na prawie symetrycznej proporcyi członków ciała względem całości. Długość ciała, czyli wzrost właściciela badanego kośćca określiłem na podstawie długości prawej kości udowej, wynoszącej 49 cm i długości obu kości goleniowych, wynoszącej po 39 cm przy pomocy formuł Orfili[3]), Langera[4]), Rolleta[5]), wreszcie Carusa[6]). Formuły te wypróbowałem poprzednio na pomiarach całych zwłok i osób żywych, a próby te przekonały o istotnej wartości formuł, gdyż błąd, powstający przy obliczeniu wzrostu człowieka wedle nich, wahał się w granicach 1—2·5 cm.

Oznaczenie wzrostu wedle Orfili: Długości kości udowej 49 cm odpowiada wzrost ciała 183 cm.

Długości kości goleniowej 39 cm odpowiada wzrost ciała 180 cm.

Oznaczenie wedle Langera:

Długości kości udowej 49 cm odpowiada wzrost 188 cm.

Długości kości goleniowej 39 cm odpowiada wzrost 181·35 cm.

Oznaczenie wedle E. Rolleta:

Długości kości udowej 49 cm odpowiada wzrost 180 cm.

Długości kości goleniowej 39 cm odpowiada wzrost 180 cm.

Oznaczenie wedle Carusa:

Długości kości udowej 49 cm odpowiada wzrost 186 cm.

Długości kości goleniowej 39 cm odpowiada wzrost 185 cm.

Przeciętna cyfra wzrostu właściciela badanego kośćca, obliczona z długości kości udowej przy pomocy powyższych 4 formuł, wynosi 184 cm, a ta sama cyfra, obliczona z długości kości goleniowej, wynosi 181 cm. Ponieważ zaś długości kości udowej, jako złożonej z 3 odłamków, wprawdzie do siebie dobrze przystających, nie można było właśnie z powodu złamań określić bez nieznacznej mylki, zatem pewniejszą jest cyfra wzrostu, uzyskana z pomiaru długości całej, t. j. nienaruszonej kości goleniowej. Opierając się na tem obliczeniu z kości goleniowych, można określić wzrost właściciela badanego kośćca na 181 cm.

C. J a k ą m o g ł a b y ć p ł e ć p o s i a d a c z a k o ś ć c a?

Płeć posiadacza kośćca badanego może być określona w granicach prawdopodobieństwa, a to tem bardziej, że kości miednicy, dozwalające jeszcze najpewniej płeć ich właściciela oznaczyć, były u badanego szkieletu tak silnie uszkodzone, że się nie dało określić ani kształtu ich, ani wymiarów miednicy.

Wychodząc z zasady, że wedle czynionych w tej mierze pomiarów wzrost mężczyzn w wieku dojrzałym waha się między 157 do 180 cm, kobiet zaś między 153 do 166 cm, należy wnosić, że posiadacz badanego kośćca, którego wzrost wynosił około 181 cm, był mężczyzną. Ten wniosek doznaje poparcia także i w wyniku badania całego kośćca, który jest silnie rozwinięty i posiada silnie wykształcone uczepy dla mięśni. W przybliżeniu tedy należy określić płeć właściciela badanego kośćca jako męską.

D. J a k i m ó g ł b y ć w i e k p o s i a d a c z a s z k i e l e t u?

Także wiek właściciela kośćca daje się tylko w przybliżeniu oznaczyć, a zwłaszcza dlatego, że właśnie te części kośćca, które są w tej mierze ważne, albo się nie zachowały w całości lub brak ich zupełnie.

Ponieważ wszystkie części badanego kośćca odpowiadają częściom składowym kośćca dojrzałego, więc kościec badany może pochodzić tylko z człowieka dorosłego, w wieku dojrzałym będącego. Ponieważ zachowane kręgi krzyżowe formują jednolicie skostniałą kość krzyżową, a skostnienie takie następuje w wieku od 18—22 lat życia, więc na tej podstawie dałby się ocenić wiek właściciela na lat do 22. Z obecności wykształconego w szczęce górnej prawej zębodołu, z którego ząb wypadł i zaginął i z tworzenia się tego samego zębodołu w lewej górnej szczęce, gdzie dopiero kość poczęła się rozrzedzać, wynika, że w myśl odnośnego doświadczenia właściciel tych szczęk i kośćca mógł liczyć od 18—25 lat życia. W ten sposób byłaby określona dolna granica wieku właściciela badanego kośćca. Górnej granicy jego wieku nie można niestety w podobnie dokładny sposób oznaczyć, a to raz dlatego, że w okresie czasu między 25. a 40. rokiem życia nie pojawiają się w kośćcu zasadnicze, a dla tego okresu charakterystyczne zmiany, powtóre dlatego, że ze zmian w główce kości ramieniowej, które w myśl moich[7]), przez Preussa[8]) następnie potwierdzonych badań pozwalają określić wiek między 28. a 35. rokiem życia, nie mogłem zrobić użytku, gdyż w badanym kośćcu brakło właśnie główki kości ramieniowej. Mimo to nie może ulegać wątpliwości, że właściciel badanego kośćca nie mógł być człowiekiem podeszłego wieku, albowiem wszystkie znalezione jego zęby nietylko były zdrowe, lecz, co ważniejsza, nie były starte i zużyte, zarazem żuchwa jego nie przedstawiała cech starczego zaniku, wreszcie posiadał on jeszcze dobrze zachowane szwy czaszkowe, co także przyjęciu podeszłego wieku przeczy. W ten sposób można górną granicę jego wieku określić w przybliżeniu jako nie przekraczającą 40. roku życia.

W krótkości można więc wiek właściciela badanego kośćca uznać za wahający się między 18. a 40. rokiem życia, a najprawdopodobniej jako zbliżony do 30 lat życia.

E. J a k a m o g ł a b y ć p r z y c z y n a ś m i e r c i p o s i a d a c z a k o ś ć c a?

W tej mierze brak wszelkich danych, aby módz określić choćby w przybliżeniu przyczynę śmierci. Znalezione złamania kości z powierzchnią przełomów, jaśniej od powierzchni zwykłej tych kości zabarwioną, są właśnie ze względu na tę różnicę w zabarwieniu pochodzenia świeżego i musiały powstać przy obecnem wykopywaniu kośćca, zwłaszcza wskutek swej już wspomnianej kruchości.

F. J a k d ł u g o m ó g ł b y ł b a d a n y k o ś c i e c o d ś m i e r c i s w e g o w ł a ś c i c i e l a s p o c z y w a ć w z i e m i?

Na powyższe pytanie w danym przypadku i w podobnych doń przypadkach doniosłe i sprawę rozstrzygające, można odpowiedzieć tylko w szerokich granicach prawdopodobieństwa

Za podstawę do udzielenia odpowiedzi na to pytanie w obecnym przypadku biorę trzy następujące dane:

a) odnośne ogólne doświadczenie sądowolekarskie;

b) wynik porównania badanych kości z innemi, które notorycznie liczą od śmierci swego właściciela przeszło 30, a względnie przeszło 110 lat;

c) stosunki miejscowe, w których badane kości znaleziono.

Odnośnie do a): Wszystkie badaniu poddane kości są pozbawione wszelkich miękkich i wilgotnych składników, wolne całkowicie od tłuszczu, pozbawione pokładów chrząstkowych, mocno porowate, brudno żółto zabarwione, przez korzenie roślinne przerośnięte, bardzo lekkie, kruche i łatwo łamliwe. Aczkolwiek kości ludzkie mogą takim, jak powyższe, zmianom uledz raz szybciej, raz wolniej, zależnie od różnych, a nie dających się określić zewnętrznych wpływów, jakim ulegały, to nie da się przecież w myśl doświadczenia zwłaszcza dawniejszych badaczy (Orfila) wykluczyć możliwości, że badany kościec mógł był, od śmierci swego właściciela licząc, spoczywać w ziemi przez 100 i nawet jeszcze więcej lat.

Odnośnie do b): Porównanie kości badanych z kośćmi szkieletu, jaki posiada nasz zakład dla celów wykładowych od 30 przeszło lat, wykazuje dowodnie, że kości badane są o wiele więcej od kości wziętych do porównania zmienione, mimo że te ostatnie uległy przecież sztucznej maceracyi. Ważniejszy jest wynik porównania badanych kości z kośćmi, jakie nasz zakład również posiada, a które wykopano przed kilku laty na placu Maryackim. Jak wiadomo [9]), stanowił plac Maryacki aż po dzień 15 stycznia 1803, jeden z licznych przykościelnych cmentarzy dawnego Krakowa. Ponieważ kości z dawnego cmentarza maryackiego pod względem swego wejrzenia i właściwości odpowiadały zupełnie kościom badanym, a nawet niewątpliwie były od nich lepiej zachowane, a spoczywały one conajmniej 110 lat w ziemi, zatem można na podstawie wyniku tego badania orzec, że kości obecnie przezemnie badane spoczywały również tak długo w ziemi.

Odnośnie do c): Badany kościec spoczywał w ziemi, pokryty częściowo i przerośnięty przez korzenie starego drzewa kasztanowego (Aesculus hippocastanum), a więc musiał się on znajdować w tem miejscu w ziemi, zanim w jego sąsiedztwie drzewo to posadzono. Wedle zasięgniętych przezemnie informacyi drzewo to mogło liczyć 50, a może i więcej lat wieku. Ta okoliczność dowodziłaby więc, że badany kościec, który spoczywał już w ziemi w chwili zasadzenia kasztana, spoczywał tam do obecnej chwili jego odkopania dłużej, niżeli 50 lat.

Że tak badany przezemnie kościec, jakoteż dwa inne, wobec komisyi sądowolekarskiej odkopane, bliżej atoli już nie badane, były stosunkowo dobrze jeszcze zachowane, mimo że spoczywały płytko w ziemi, należy przypisać dwom okolicznościom; po pierwsze właściwościom gruntu, przedstawiającego się jako lekkie, wodę łatwo przepuszczające nasypisko, powtóre tej okoliczności, że szkielety te musiały przedtem leżeć głębiej w ziemi.

Wedle planów Wawelu [10]), wykonanych przez Chavanne i Mosano, oficerów sztabu austryackiego w r. 1796 (własność c. i k. dyrekcyi inżynieryi w Krakowie), mieściły się w miejscu fasady przebudowanego obecnie gmachu po szpitalu wojskowym mury obronne, a od nich opadał nierówny poziom w miejscu znalezienia szkieletów w formie wzgórka ku ulicy Bernardyńskiej. To nierówne pagórkowate ukształtowanie terenu, w którym obecnie na szkielety natrafiono, a który teraz jest płasko zrównany, widoczne jest jeszcze na planach Weldena z r. 1846 (własność c. i k. min. wojny).

Z planów tych wynika, że teren obecnego znalezienia szkieletów był jeszcze w r. 1846 o wiele wyższy, niż obecnie. Niwelacya jego musiała nastąpić najprawdopodobniej w r. 1856 w czasie, gdy wzniesiono budynki szpitala wojskowego. Okoliczność, że wszystkie trzy szkielety leżały płytko w ziemi, z nich pierwszy, przezemnie dokładnie zbadany, 33 cm, drugi około 15 cm, a trzeci 70 cm pod obecnym naziomem, należy odnieść do nierówności tego terenu w czasie pochowania świeżych zwłok. Chociażby nawet wszystkie te zwłoki były pochowane w jednej i tej samej głębokości, od ówczesnej powierzchni terenu licząc, to musiały te pozostałe z nich szkielety zbliżyć się ku powierzchni, które w chwili pogrzebania zwłok spoczęły w wyższej części nierównego wówczas terenu. Teren ten, jako wyższy od reszty, musiał przy niwelacyi z r. 1856 uledz znaczniejszemu obniżeniu, a tem samem musiał i szkielet zwłok w nim pogrzebanych zbliżyć się więcej do obecnego naziomu. Wszakże jest niemożliwe, aby świeże zwłoki ludzkie mogły być tak płytko pogrzebane, aby z czasem szkielet ich znalazł się w głębokości zaledwie 35 cm. Okoliczność powyższa dowodzi zarazem, że w chwili niwelacyi tego terenu, dokonanej niewątpliwie w r. 1856, musiały się w odnośnych miejscach znajdować tylko same szkielety, gdyż inaczej natrafionoby już wtedy na ewentualnie zachowane jeszcze ciała, jako wymagające dla siebie więcej miejsca. Ponieważ zaś do zniszczenia zupełnego ciała ludzkiego w ziemi potrzeba szeregu lat, przeto usprawiedliwiony jest wniosek, że zwłoki właściciela badanego szkieletu musiały spoczywać w miejscu ich obecnego znalezienia na szereg lat przed r. 1856, a więc przez wiele więcej, niż przez 50 lat.

Biorąc pod uwagę dzieje dwóch ostatnio minionych wieków, nasuwa się przypuszczenie, że w mowie będące szkielety pochodzą ze zwłok wojowników, którzy padli w czasie walk, staczanych przez Konfederatów barskich z Rosyanami na Wawelu (1768—1772). Jeden jeszcze moment zdaje się za tem przypuszczeniem przemawiać. Miejsce odkopania szkieletów, położone na zewnątrz murów obronnych, nierówne i spadziste podówczas, nie przedstawiało na Wawelu stosownego cmentarza. Na wspomnianych już planach Wawelu z r. 1796 zaznaczone są krzyże dookoła nieistniejącego dzisiaj kościoła św. Jerzego, jako dowód, że około niego grzebano zwłoki ludzkie. Gdyby znalezione szkielety pochodziły ze zwłok poległych Konfederatów, to pochowanoby ciała, ich jako ciała chrześcian katolickiego wyznania, niewątpliwie koło kościoła św. Jerzego. Ponieważ, jak wiadomo [11]), Konfederaci wtargnęli w nocy z 1. na 2. lutego 1772 r. pod wodzą kapitana Saillanta i porucznika barona de Viomenila z pod komendy jenerała de Choisy w zupełnej cichości kanałem na Wawel, obsadzony przez wojsko rosyjskie i straże zabiwszy, zamek zdobyli: zatem wydaje się wielce podobnem do prawdy, że znalezione obecnie szkielety pochodzą ze zwłok poległych wówczas

rosyjskich straży, które jako zwłoki innowierców pochowano nie koło katolickiego kościoła, lecz extra muros.

G. Streszczając wszystko pokrótce, orzekam więc:

1. Przesłane mi do zbadania kości są kośćmi ludzkiemi, stanowiącemi kościec jednego człowieka.

2. Człowiek ten posiadał kościec silnej budowy i wzrost około 181 cm wynoszący.

3. Był on najprawdopodobniej mężczyzną, a to

4. w średnim wieku, t. j. najmniej 18, a najwyżej 40, możliwie około 30 lat życia liczącym.

5. Z powodu braku wszelkich danych nie można nawet w przybliżeniu określić przyczyny jego śmierci.

6. Zwłoki jego musiały zrazu o wiele głębiej w ziemi spocząć, a dopiero w czasie, kiedy już z nich pozostał tylko sam szkielet, zbliżył się on wskutek późniejszej niwelacyi terenu do obecnej jego powierzchni tak, że natrafiono nań teraz w głębokości około 35 cm.

7. Czas, jaki upłynął od chwili pochowania zwłok do chwili obecnego znalezienia ich kośćca, można stanowczo określić na znacznie więcej niż 50 lat. Możliwem i prawdopodobnem jest, że kościec ten pochodzi ze zwłok poległego w r. 1772 żołnierza.

Tak opiewało sprawozdanie z badań moich nad kośćmi, dobytemi w czerwcu z. r. na Wawelu i orzeczenie, jakie przedłożyłem c. i k. sądowi wojskowemu. Nawiązując do tego przypadku, muszę zaznaczyć, że badania kośćców ekshumowanych nie należą do częstych, to też sprawiają one już z powodu swej rzadkości pewną trudność znawcy, zwłaszcza nie przygotowanemu do takich badań. Badania te, acz trudne, bywają co do wyniku wdzięczne, choć się na pierwszy rzut oka wydaje, że ze zbutwiałych kości nic już nie będzie można dla danej sprawy ważnego wyczytać. Tymczasem, jak wdzięcznym może się potem okazać wynik badania, dowodzą znane przypadki odnośne, n. p. opisany przez Haberdę [12]).

Wynik badania kości z Wawelu można nazwać także wdzięcznym, gdyż stwierdził on niewątpliwie, że kości te spoczywać musiały znacznie dłużej niż 50 lat w ziemi, wobec czego mogły wszelkie dalsze dochodzenia władz sądowych odpaść jako bezcelowe. Określenie tego okresu czasu oparłem na podstawach lekarskich, a nadto na podstawach historycznych, przez co ekspertyza sądowo-lekarska nabrała znamion, ekspertyzom niezwykłych. Że zaś do tych podstaw w danym przypadku należało sięgnąć, wskazywał historyczny teren, w którym kości znaleziono. Bez uwzględnienia tej podstawy byłaby ekspertyza odnośnie do pytania, w danym przypadku rozstrzygającego, nadto niepewną, ogólną i wątpliwości nie usuwającą.

Rzadkość ekspertyzy danej wogóle, a przedewszystkiem wyjątkowe znaczenie miejsca znalezienia jej przedmiotu, usprawiedliwiają jej ogłoszenie, które kończę podziękowaniem Drowi Chmielowi, kustoszowi archiwum akt dawnych Krakowa, za uprzejme udzielenie mi odnośnych historycznych wskazówek.

Piśmiennictwo. 1) Prokesch: Wspomnienia mieszczanina krak. z lat 1768—1807, Kraków 1900. Biblioteka krak. Nr 12, str. 45. — 2) Postać Kazimierza W. według wymiarów dokonanych przy przekładaniu szczątków w d. 7 lipca 1869, oznaczona przez Prof. Dr. I. Majera. Rocznik c. k. Tow. nauk. krak. T. XVI. 1870, str. 223. — 3) Briand et Chaudé: Manuel complet de médecine legale. Paris 1880, str. 176. — 4) Rapmund: Der beamtete Arzt. Berlin 1900, str. 154. — 5) L. Thoinot: Précis de médecine légale. Paris 1913, T. II, str. 805. — 6) Carus: Die Proportionslehre der menschlichen Gestalt. Leipzig 1858. — 7) O oznaczeniu wieku ze zwłok i t. d. Rozpr. Akad. Um. 1894. — 8) Dissertation, Berlin 1895. — 9) Wspomnienia Ambrożego Grabowskiego, wydał S. Estreicher. Kraków 1903, T. II. str. 224 i 226. Bibl. krak. Nr 41. — Cyrankiewicz: Przewodnik po cmentarzu, na str. 46. podaje, że na cmentarzu rakowickim pochowano pierwsze zwłoki 15. stycznia 1803, a były to zwłoki Apolonii z Lubowieckich Bursikowej, na której nagrobku mieścił się napis: ...»Pierwsza z obywatelek w dziewiętnastym roku zaległa to miejsce z Istoty wyroku«...— 10) Wawel. Teka grona konserwatorów Galicyi zachodn. T. IV, Kraków 1908. To samo znachodzi się i na planie Förstla z r. 1796. — 11) Dziennik zdarzeń itd., pisany przez Wojciecha Mączyńskiego, wydał Wład. Konopczyński. Kraków 1911, str. 38. Bibl. krak. Nr 43. — 12) Vierteljschr. f. ger. Med. 1893, T. VI.

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Nie sposób przypuszczać, aby obecność czynnych ciał białkowatych, pojawiających się w ustroju w czasie trawienia, była czemś w rodzaju nieunormowanych zjawisk. Nie godziłoby się to najzupełniej z naszemi dobrze uzasadnionemi pojęciami o celowości wszystkich spraw życiowych. Raczej przyjąć trzeba, że służą one ku spełnianiu jakichś biologicznych zadań.

Samo przez się nasuwa się tu jeszcze pytanie, skąd biorą się we krwi te ciała. Odpowiedź na nie nie jest łatwa. Stanowczej dać nawet nie sposób i zadowolnić się trzeba tylko wyrażeniem mniej lub więcej uzasadnionych przypuszczeń. Pochodzenie ich leżeć może w dwóch źródłach. Jednem z nich mógłby być narząd pokarmowy, nie wyłączając wątroby. Tworzące się w nim przez trawienie peptydy, czyli prostsze grupy kwasów aminowych, nie ulegają całkowitej syntezie w ścianach przewodu pokarmowego, pewna ich część dostaje się do krwi i dopiero później przechodzi dalsze przemiany. Zanim się to stanie, odgrywają te ciała rolę biologicznych bodźców. Drugie źródło wolnoby może było upatrywać w samej krwi, w działaniu znajdujących się w niej zaczynów. Przemawiaćby za tem mogła obecność wazodylatyny w ciałkach czerwonych. Sprawa ta dałaby się może rozjaśnić przez porównawcze badania krwi, pochodzącej z żyły wrotnej i z żył obwodowych u zwierząt, odżywianych w rozmaity sposób i badanych w tym kierunku w różnych okresach trawienia, względnie także wśród głodzenia.

Jakkolwiekbyśmy się zapatrywali na powstawanie związków białkowatych, nieobojętnych pod względem biodynamicznym, to w każdym razie należy liczyć się z ich obecnością w ustroju i z ich wpływem na szereg czynności wegetatywnych. Łączy się z tem w dalszym ciągu sprawa odżywiania wogóle. Dobór pokarmów, ich pochodzenie, spo-

sób przyrządzania i mieszanina ich mają tu niewątpliwie wielkie znaczenie. Poza tem chodzi także o najrozmaitsze t. zw. używki, które same przez się nie odgrywają roli materyału palnego lub twórczego, a przynajmniej rolę bardzo tylko niewielką, ale wywierają jednak w tym lub w owym kierunku wpływ drażniący. Obok właściwych przypraw, jak pieprz, papryka, cebula i bardzo wiele innych, zasługują tu na uwagę rozpowszechnione bardzo napoje, zawierające ciała purynowe, jak kawa, kakao, herbata. Milczeniem nie można także pomijać działania alkoholu w jakiejkolwiek postaci, który jest nietylko doskonałym materyałem palnym, ale także potężnym drażnikiem. U mężczyzn zwłaszcza liczyć się także trzeba ze skutkami nawykowego używania tytoniu.

Mówiąc o znaczeniu dynamobiologicznem tych wszystkich drażników, nie rozstrzygamy bynajmniej pytania, czy chodzi tu o wpływy bezpośrednie, czy tylko pośrednie. Te drugie wchodzą w każdym razie w rachubę w tych przypadkach, w których pokarm odbiega od zwykłego typu. gdzie gruczoły trawieńcowe nie są dostatecznie przygotowane do wytwarzania potrzebnych pod względem ilości, a nawet jakości zaczynów. Trawienie może być wtedy niezupełne, do ustroju dostawać się mogą wytwory trawienia, odbywającego się w niższych odcinkach jelit za sprawą zaczynów pasorzytujących tam stale bakteryi. Stan ten odbiega w każdym razie od typu fizyologicznego, ale i o nim nie godzi się zapominać zupełnie.

Wszystko to, o czem mówiliśmy dotychczas, odnosiło się do wpływów chemicznych, wywieranych na układ wegetatywny. Nie kończy się na tem zakres wpływów biologicznych wogóle. — Nie można żadną miarą pomijać znaczenia, jakie w tym kierunku posiadają rozliczne bodźce nerwowe.

Zaznaczyliśmy już przy innej sposobności, że medycyna kliniczna nie stała nigdy na stanowisku wyłącznie chemicznem i zawsze brała w rachubę odruchy nerwowe. Stanowisko to uzasadnić można obecnie dość ściśle także doświadczeniami fizyologicznemi, wykonywanemi na zwierzętach i licznemi spostrzeżeniami klinicznemi, które mają znaczenie eksperymentów. Powtarzać tych szczegółów nie będziemy. Zaznaczymy tylko, że nie chodzi tu tak bardzo o wpływy czysto chwilowe, doraźne. O wiele większe znaczenie mają wrażenia psychiczne i zmysłowe, powtarzające się stale. Od nich zależy stan, który nazywamy nastrojem, albo usposobieniem psychicznem. Z tym właśnie nastrojem jest bardzo ściśle związane odczuwanie doraźnych podniet nerwowych, odczyn psychiczny, wrażliwość i pobudliwość końcowych stacyi nerwowych i złączony z tem odczyn wegetatywny w narządach, wykonujących jakąkolwiek pracę.

Rozumie się samo przez się, że tego rodzaju fizyologiczny odczyn w szczegółach swoich nie może być zupełnie prosty. Na to za wiele jest ogniw. Nie chodzi tu o podrażnienie samego tylko układu nerwowego i o czynność doraźną, z podrażnieniem związaną. Trzeba pamiętać, że za wpływem podniety, działającej na zakończenia nerwów wegetatywnych w narządach, powstają zmiany w twórczości komórek tych narządów, a więc pewne zmiany chemiczne, zapewne także i elektryczne, że tworzą się jakieś związki i t. zw. prądy czynnościowe. Nie mogą one pozostawać bez znaczenia. Jakiś wpływ wywierają z pewnością. I bodaj, czy w tem nie leży istota Ehrmanowskiego neurochemizmu narządowego.

Pod wpływem różnorodnych czynników, bodźców wewnątrzustrojowych i bodźców, przychodzących drogą mózgowordzeniowego, t. zw. zwierzęcego układu nerwowego z poza ustroju, działających pokoleniami i wprost osobniczo na jednostki, kształtują się w jakiś sposób czynności wegetatywne, powstaje pewien mniej lub więcej stały typ wegetatywny ustroju. Jest on, zasadniczo rzecz biorąc, wyrazem, albo raczej zbiorem osobniczych właściwości i znamieniem biologicznego usposobienia, czyli, jak zazwyczaj mówimy, konstytucyi. Jako taki przedstawia w znacznej części dziedzictwo rodzinne, względnie pokoleniowe, a nawet szczepowe; w pewnej części jest także własnością nabytą.

Jeszcze w tych czasach, kiedy dla poznawania roli nerwów wegetatywnych posługiwała się fizyologia drażnieniem mechanicznem i elektrycznem pni nerwowych, wyszło na jaw, że pobudliwość ich u zwierząt jest nader różna. Rodzaj zwierząt, wiek ich i rasa, sposób odżywiania, wreszcie nie dające się bliżej określić ściśle osobnicze właściwości, oto szereg czynników, o których się przekonano, że wpływają na pobudliwość nerwów wegetatywnych. Wiadomości nasze w tym kierunku rozszerzyły się znacznie, gdy dla doświadczeń posługiwać się zaczęto czynnikami farmakodynamicznymi, truciznami o wybitnych wybiórczych własnościach. Nie inaczej dzieje się u ludzi. Już przez proste spostrzeganie przekonać się nie trudno, że najrozmaitsze sprawy fizyologiczne nie odbywają się na jedną modłę. Siła i częstość ruchów serca, sposób trawienia z wydzielaniem soków trawiennych, ruchy żołądka i jelit, tok przemiany materyi i cały szereg innych czynności, wszystko to jest osobniczo bardzo rozmaite, wykazuje znaczne różnice. Przy dokładniejszem wszakże rozpatrzeniu się w przejawach życia wegetatywnego, zwłaszcza, jeśli za miarę porównania bierzemy wartości krańcowe, dostrzedz można w przebiegu spraw życiowych dwa zasadnicze poniekąd typy. W jednym odbywają się z większą żywością te czynności, na które w doświadczeniach działają podniecająco bodźce autonomiczne, w drugim znów czynności, ożywiające się pod wpływem podrażnienia współczulnego. I nie byłoby może tak bardzo nieuzasadnione, gdybyśmy mówić chcieli wprost o czemś w rodzaju temperamentu wegetatywnego i odróżniać między temperamentem autonomicznym i temperamentem współczulnym, jeśli nie w powszechnem rozumieniu, to przynajmniej ze względu na niektóre szczególnie ważne przejawy życiowe.

Dopóki następstwa takiego różnego usposobienia wegetatywnego trzymają się umiarkowanych granic, nie dają powodu do niemiłych podmiotowych uczuć, a tem mniej do powstawania objawów przedmiotowych i nie sprowadzają żadnych niezwykłych następstw, nie ma powodu zajmować się niemi bliżej ze stanowiska klinicznego. Ustrój posiada dość sposobów, aby w stosownej chwili powstrzymać niepotrzebny rozmach wegetatywny i nie dopuścić do powstawania jakichkolwiek zaburzeń. Równowaga fizyologiczna nie jest naruszona. Dopiero wtedy, gdy jednostronne podniecenie wegetatywne wzrośnie nadmiernie, gdy jednostronne napięcie nerwowe bierze stanowczą przewagę nad napięciem

równoważącem i wiedzie już do powstawania zjawisk przykrych dla dotkniętych niemi osób, trzeba stany takie uważać za chorobliwe i starać się o dokładny rozbiór podstawowych nieprawidłowych objawów. Jest to równoznaczne z analizą obrazów nerwic wegetatywnych.

Pierwszym warunkiem do tego, aby rozbiór kliniczny był ścisły, jest dokładna znajomość skutków doświadczalnego podrażnienia wegetatywnego. Przegląd najważniejszych z nich daje zamieszczone poniżej zestawienie [5]).

Bodziec autonomiczny	Narząd	Bodziec współczulny
zwęża	źrenica	rozszerza
kurczy	m. rzęskowy	
kurczy	m. dźwigacz powiek *)	
	m. Müller-Landstroma	kurczy
podrażnia	ślinianki	drażni
rozszerza	naczynia mózgowe	kurczy
kurczy	naczynia jamy ust	rozszerza
rozszerza	naczynia skóry głowy	zwęża
kurczy	naczynia wieńcowe serca	rozszerza
rozszerza	naczynia jelit	zwęża
rozszerza	naczynia części rodnych	zwęża
drażni	gruczoły płuc	wstrzymuje wydziel.
kurczy	mięśnie oskrzeli	zwiotcza
osłabia	mięsień sercowy	wzmacnia
kurczy	połyk	zwiotcza
kurczy	wpust żołądka	zwiotcza
zwiększa	napięcie mięśni żołądka	osłabia
przyspiesza	ruchy żołądka	zwalnia
drażni	gruczoły trawienne żołądka	osłabia wydziel.
przyspiesza	ruchy jelit cienkich	zwalnia
przyspiesza	ruchy jelit grubych	zwalnia
kurczy	zwieracz odbytu	zwiotcza
kurczy	pęcherzyk żółciowy	zwiotcza
drażni	gruczoły wydzielnicze trzustki	osłabia wydziel.
kurczy	wypieracz moczu	zwiotcza
	zwieracz pęcherza	kurczy
	pęcherzyki nasienne	kurczy
	kanaliki nasienne	kurczy
zwiotcza	ściągacz prącia	kurczy
zwiotcza	mięśnie sromno-odbytowe	kurczy
	moszna	kurczy
drażni	gruczoły potne	drażni (?)
obniża	ciepłota ciała	podnosi
	ośrodek dla cukru	drażni

Znając następstwa doświadczalnego podrażnienia rozmaitych części wegetatywnego układu nerwowego, względnie skutki tego podrażnienia dla czynności poszczególnych narządów, można o wiele łatwiej zdać sobie sprawę o istocie i o pochodzeniu samorodnych zaburzeń. Zasadniczo rzecz biorąc, należy rozróżniać zaburzenia współczulne i zaburzenia autonomiczne. Wynika z tego podział nerwic na dwie grupy, na grupę nerwic współczulnych i grupę nerwic autonomicznych.

Już z tego, co mówiliśmy poprzednio o napięciach układu wegetatywnego, należy wnosić, że wszystkie zaburzenia nerwowe rozwijają się na tle nieprawidłowego napięcia, że to, co nazywamy nerwicą, jest tylko dalszem tegoż napięcia następstwem, czemś w rodzaju wyładowywania się na zewnątrz nagromadzonej w nadmiarze i niczem nie zrównoważonej jednostronnej energii. Jak długo tego rodzaju wyładowywań nie ma, nie ma także widocznych wprost objawów nerwicy. Ale mimo to istnieje stan niezupełnie prawidłowy. Dla określenia jego służą wprowadzone niezbyt dawno do słownictwa lekarskiego nazwy: sympatykotonia i wagotonia.

Obydwa te stany oznaczają dla kliniki zwichnięcie równowagi wegetatywnej i nieodzowną przewagę jednych czynności automatycznych nad drugiemi. Ze stanowiska biologii mają one jednak dalsze jeszcze i głębsze znaczenie. Z konieczności uważać je trzeba za wyraz pewnego rodzaju zwyrodnienia. W czem ono leży? Odpowiedź na to pytanie nie łatwa. I raczej wyrazić można znowu tylko przypuszczenia.

(C. d. n.).

---

[5]) Według Biedla: Innere Sekretion. Wien 1910; w skróceniu.

*) Według Eppingera i Hessa.

Sprawozdania.

Sprawozdanie z podróży naukowej w zakresie dermatologicznym

odbytej z zasiłkiem Wydziału krajowego

przez

Dra Maurycego Spatza,
sekundaryusza szpitala powszechnego w Jarosławiu.

Z początkiem listopada udałem się za radą i poleceniem prym. Dr Lenartowicza na klinikę chorób kiłowych i skórnych prof. Fingera w Wiedniu, który przyjął mnie bardzo uprzejmie, rozpytał o cel przybycia i okres, przez jaki zamierzam pozostać.

Po wyjaśnieniu z mej strony, iż pragnieniem mem jest w okresie dwumiesięcznym zapoznać się z ruchem klinicznym i szpitalnym, wyćwiczyć się bardziej w metodach rozpoznania i leczenia chorób skórnych i kiłowych, zapoznać się z praktycznymi wynikami najnowszych zdobyczy z serologii, w rozpoznaniu i rokowaniu kiły, jakoteż wartości leczniczej salwarsanu, polecił mnie prof. Finger natychmiast swym asystentom, prowadzącym poszczególne oddziały i zaprosił do skorzystania z całego materyału klinicznego i ambulatoryjnego, z pracowni i z wykładów klinicznych.

Oddział prof. Fingera, który jest kierownikiem kliniki uniwersyteckiej, a zarazem oddziału szpitalnego, umieszczony w powszechnym szpitalu w Wiedniu przy Alserstrasse, składa się z 6 sal, mieszczących razem około 200 łóżek. Dwie z tych, jedna męska i jedna kobieca, stanowią sale kliniczne, następne, również po połowie męskie, po połowie kobiece — oddział szpitalny. Podległe są one wspólnemu zarządowi, jedynie ze względów czysto praktycznych rozdzielone w ten sposób, a to z tego względu, że prawo przyjmowania chorych na oddział kliniczny przysługuje tylko kierownikowi kliniki lub jego zastępcy, natomiast, o ile na oddziale szpitalnym są wolne łóżka, prawo przyjmowania na nie przysługuje również i lekarzom dyżurnym w kancelaryi szpitalnej.

Sale wszystkie obszerne, z powodu bardzo grubych murów nieco ciemne i ponure, mieszczą w sobie średnio po 35—40 łóżek.

Przypadki chorobowe w ten sposób są rozdzielone, że choroby skórne i tak zwane rzadsze przypadki umieszczone są na oddziałach klinicznych, przypadki codzienne na oddziale szpitalnym, rozdział, niezawsze utrzymać się dający.

Sale kobiece na oddziale szpitalnym dzielą się znowu na salę dla prostytutek, umieszczoną w ten sposób, że znajdujące się w niej chore nie mają sposobności spoty-

kania się z choremi z innych sal, — zasada surowo przestrzegana, — i na salę chorób kiłowych i skórnych.

Oddział męski szpitalny stanowi jedna wielka sala, mieszcząca w sobie nawet i 45 chorych, jedna sala mniejsza o stałej liczbie łóżek 14. Prócz ilości łóżek unormowanych dysponuje każda sala pewną ilością łóżek rezerwowych, tak zwanych »Nothbetten«. Łóżka dla chorych są żelazne z żelaznymi podkładami spodnimi, materacami, poduszki z włósia końskiego, nakrycia ciepłe. Nad łóżkiem tablica, mieszcząca numer sali, liczbę porządkową łóżka, imię, nazwisko, wiek, datę przyjęcia, rozpoznanie szczegółowe, leczenie i uwagi. Podłogi na salach chorych niezapuszczone, 2 razy w tygodniu przez dozorczynie myte, oświetlenie na salach gazowe, piece żelazne, opalane węglem, ciepłota stała na sali chorych około 20° Cel., często wyższa. Przy każdej sali kuchenka i szafka na naczynia, nadto w kuchence metalowa wanna dla chorych, którzy nie mogą udawać się do łazienki wspólnej dla całego szpitala.

Na każdej sali, tak męskiej, jak i żeńskiej, dwie dozorczynie, pełniące przed południem służbę wspólnie, po południu i w nocy na przemian. W czasie wolnym od służby przysługuje im zawsze prawo wyjścia, nawet sypiania poza szpitalem; większa też ich część, to zamężne kobiety. Materyał dozorczyń na oddziale dobrany, karność nadzwyczajna, polecone czynności spełniają wszystkie z największą ścisłością i skrupulatnością, a różniąc się między sobą bardzo stopniem inteligencyi i wykształcenia, pilnością i sumiennością w spełnianiu obowiązków równają się wszystkie. Za drobne bowiem nawet przewinienia lub zaniedbania tracą na dłuższy okres czasu prawo wychodu, a za kilkakrotne przekroczenia tracą posadę. Na 13 dozorczyń 12 było zamężnych; najstarszej, pełniącej czynności na tym samym oddziale 23 lata, oddany był dozór i niejako kierownictwo nad wszystkiemi innemi. Dwie pełniły czynności swe lat 18 na jednej i tej samej sali. Wynagrodzenie dozorczyń początkowo 28 koron, dochodzi z latami służby do 48 koron, po 10 latach czynności przysługuje już im prawo pensyi w kwocie 8 koron miesięcznie. Wikt dla dozorczyń równa się prawie wiktowi dla chorych klasy III, jest jednak nieco obfitszy i różnorodniejszy. Do dozorczyń należy cały nadzór nad chorymi, nad bielizną, nad środkami lekarskimi, nad przeprowadzeniem w znacznej części samego leczenia, poruczone im jest prowadzenie wykazów co do ilości chorych nowoprzybyłych i opuszczających oddział.

Lekarzy zastałem na klinice i oddziale dwunastu, z tych czterech asystentów klinicznych, trzech aspirantów klinicznych, jeden lekarz wojskowej marynarki, przydzielony na rok do kliniki i jeden hospitant. Z pośród asystentów. jeden kieruje salą kliniczną męską, drugi żeńską, trzeci całym oddziałem szpitalnym, a czwarty jest kierownikiem instytutu serologicznego dla badania krwi. Inni lekarze rozdzieleni stosownie do zapotrzebowania po jednym lub dwóch na każdej sali.

W pierwszym dniu przeznaczył mnie asystent, kierujący całą administracyą oddziału na salę kliniczną męską, po dwóch dniach jednak oddano mi jedną mniejszą salę męską oddziału szpitalnego, mieszczącą 20 łóżek. Sala ta połączona była administracyjnie z drugą salą, 50 łóżek liczącą, prowadził ją jeden starszy sekundaryusz pod kierunkiem asystenta. W obydwu salach zastałem 39 chorych na kiłę, 14 na choroby weneryczne, jak wiewiór z dalszemi powikłaniami, kilku chorych z wrzodami wenerycznymi i trzy przypadki chorób skórnych.

Z powodu częstej nieobecności drugiego lekarza prowadziłem obie sale i miałem dobrą sposobność zapoznać się w krótkim czasie z całym trybem klinicznym i administracyjnym oddziału.

Obecnym na sali trzeba było już być przed 8 rano, zbadać nowo przybyłych, spisać wywiady, a szczególnie szczegóły, odnoszące się do przebytych chorób wenerycznych i kiłowych i sposobu ich leczenia, spisać leki i choćby pobieżnie zbadać chorych celem zdania sprawy asystentowi z przebiegu przypadków. Tuż po 8. rozpoczynał asystent wizytę, polegającą na badaniu i ordynacyi przy łóżku każdego chorego, badając szczególnie jamę ustną u chorych kiłowych, mocz u chorych na wiewióra, nadto oglądając wszystkie ważniejsze zmiany chorobowe, jak kłykciny, wrzody miękkie, rany pooperacyjne i t. d. Następnie badał nowo przybyłych chorych, dyktował rozpoznanie szczegółowe bez poprzedzającego opisu objawów chorobowych. Po skończonej wizycie asystenta przystępowano do ordynacyi i zabiegów, i tak zaopatrywano rany, robiono wstrzykiwania głębokie, wstrzykiwania śródmięśniowe, pewne mniejsze zabiegi chirurgiczne, pędzlowano jamę ustną, kłykciny sączące i t. d. Robiono nakłucie u każdego nowo przybyłego chorego celem dostania pewnej ilości krwi dla badania serologicznego, zapisywano wszystkie szczegóły w krótkości do historyi chorób, sporządzano preparaty drobnowidowe krętków bladych, dwoinek Neisserowskich i t. p. Czynności te zajmowały zazwyczaj całe przedpołudnie, a o ile zdołałem czasem wcześniej się załatwić, korzystałem bądź z wykładu klinicznego, lub z ambulatoryum, o którem jeszcze wspomnę.

Raz w tydzień, w dniu, stale już dla każdej sali oznaczonym, przedsiębrał asystent szczegółowsze badanie wszystkich chorych, którzy zupełnie nago zjawiali się przed nim celem spostrzeżenia ewentualnych zmian chorobowych, a obowiązkiem lekarza tej sali było już w dniu poprzednim zapisać wszystkie zmiany chorobowe w historyi choroby, przez co każdy z nas miał sposobność wyrobić sobie wkrótce pewną samodzielność w rozpoznawaniu i ocenianiu objawów chorobowych.

Wizytę popołudniową na całym oddziale pełnił sam asystent, przechodząc sale chorych, oglądając nowo przybyłych i wypełniając dla nich arkusze dyet.

Profesor przybywał na oddział około pół do dziesiątej, przechodził wszystkie sale, badał szczegółowo tylko nowoprzybyłych, wybierał materyał chorobowy dla wykładu klinicznego i dosyć często omawiał szczegółowo przypadki zawilsze, do rozpoznania trudniejsze, przyczem uważnie słuchał zdania każdego z lekarzy, przyznawał, tłómaczył lub wyjaśniał błędy rozpoznawcze. Na oddział przyjmowano chorych ze zmianami chorobowemi ostremi, szczególnie chorych z wrzodem pierwotnym, kłykcinami, ze świeżą wysypką kiłową, chorych z zapaleniem ropnem napletka, z wrzodami wenerycznymi i ich powikłaniami, ze świerzbem, z powikłaniami wiewióra, jakoto zapalenie najądrza, jądra, sterczu, następnie chorych z łuszczycą, toczniem, strupniem i t. d. Nie przyjmowano chyba wyjątkowo chorych z ostrym lub przewlekłym wiewiórem, z wrzodem miękkim, lecz polecano im poddać się leczeniu ambulatoryjnemu.

Ordynacya ambulatoryjna w odpowiednio do tego urządzonej sali z osobnemi wejściami dla mężczyzn i kobiet odbywała się dziennie dwukrotnie, przedpołudniem od 10—1 i wieczorem od $^1/_2 6$—$^1/_2 8$ pod kierunkiem jednego z asystentów, który przedewszystkiem badał pierwszy raz się zgłaszających; prócz niego zajętych tamże było stale trzech lub czterech lekarzy wedle z góry co miesiąc ułożonego planu.

Chorych zgłaszało się do ordynacyi średnio około 300 mężczyzn i 50 kobiet. Największą ilość przypadków stanowił ostry lub przewlekły wiewiór, (przedsiębrano tu wkraplania (instylacye) przetworów srebra), następnie chorzy kiłowi, którzy zgłaszali się dla wstrzyknięć śródmięśniowych, chorzy z wrzodami wenerycznymi do opatrunku i mała liczba chorych skórnych.

Z tego znacznego materyału wybierano odpowiednie przypadki dla celów klinicznych i leczenia na oddziale szpitalnym. Przy ambulatoryum pracowały nadto dwie dozorczynie i jeden dozorca, których zadaniem było wpisać wszystkich nowo zgłaszających się do księgi ambulatoryjnej i załatwić pomniejsze czynności, jakoto opatrunki przy wrzodach miękkich, pędzlowanie jamy ustnej, przestrzyki-

wanie cewki metodą Janeta i t. d., nadto utrzymanie porządku i czystości we wszystkich ubikacyach ambulatoryum.

Wspomnieć muszę przy tej sposobności, iż dozorca ambulatoryum, zajęty już na klinice od lat 17, nabył takiej wprawy w rozpoznawaniu chorób kiłowych i skórnych i w koniecznych przy leczeniu rękoczynach, iż trafnością rozpoznań przewyższał często młodszych lekarzy, a niekiedy też i długoletniego asystenta klinicznego, a świeżo wstępującym do kliniki lekarzom dawał pożyteczne wskazówki przy zabiegach. Materyał w ambulatoryum, obfity i różnorodny, pozwalał wyćwiczyć się w krótkim czasie w rozpoznawaniu i leczeniu ambulatoryjnem chorób wenerycznych i skórnych i wszyscy lekarze chętnie się do zajęcia ambulatoryjnego zgłaszali.

Metody leczenia tak ambulatoryjnego, jakoteż klinicznego, przypadków chorobowych kiłowych, wenerycznych i niektórych skórnych streszczę naraz, aby uniknąć powtarzania się.

Jak powyżej wspomniałem, przypadków wiewióra ostrego lub przewlekłego bez powikłań nie przyjmowano na oddział, lecz leczono tylko ambulatoryjnie. W przypadkach świeżych wiewiórowego zapalenia przedniej części cewki moczowej u mężczyzn podawano 8 kapsułek kawotalu dziennie i wstrzykiwano kilkakrotnie rozczyn argoniny 0·1—0·2/$_{200}$, przyczem każdemu świeżo się zgłaszającemu dawano drukowane pouczenie o sposobie zachowania się przez cały okres choroby. Przy zapaleniu tylnej części cewki moczowej polecano 4—5 gramów dziennie salicylanu sodowego, następnie w okresie oczyszczania się wydzieliny, mniej więcej po 10—14 dniach, stosowano wkraplania (instylacye) rozczynu protargolu 5—10%, a następnie zależnie od próby moczowej przechodzono zawsze po 3- lub 4-krotnem wstrzyknięciu do azotanu srebrowego w rozczynach ½%, 1%, 1½% i 2% cewnikiem metalowym zagiętym (Coxeter) i przy prawidłowym przebiegu stosowano następnie 5%, 10%, 15% i 20% rozczyn siarkanu miedziowego, zawsze w przerwach jednodniowych, przyczem w każdym prawie przypadku stosowano miesienie sterczu i polecano równocześnie choremu przestrzykiwać w domu cewkę argoniną lub protargolem w odpowiednich rozczynach.

Przy zupełnie prawidłowym przebiegu, gdy chory stosował się ściśle do wszystkich wskazówek, najkrótszy okres wyleczenia wynosił około dni 70, okres, narażający cierpliwość chorego na bardzo wielkie pokusy i dlatego też tylko mała liczba chorych zgłaszała się regularnie, większa część leczenie przerywała lub zgłaszała się ponownie po pogorszeniu się objawów lub przy wystąpieniu powikłań, jakoto zapaleń najądrza, pęcherza moczowego, sterczu lub stawów.

Sposób leczenia powyższych objawów chorobowych u kobiet, które zresztą bardzo rzadko zgłaszały się do leczenia — ambulatoryjnego lub klinicznego — ze schorzeniem tylko wiewiórowem narządu moczowopłciowego, były prawie identyczne ze sposobem leczenia u mężczyzn, nie używano jednak tak silnych rozczynów azotanu srebra, ani siarkanu miedziowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Singer i Holzknecht: **Radyologiczne dane w sprawie rozpoznania przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 48). Promienie rentgenowskie oddać mogą cenne usługi przy badaniu chorych, u których przypuszczamy przewlekłe zmiany wyrostka, nietyle przez to, że uwidocznią wyrostek, ile przez dokładną lokalizacyę bólu i zależność jej od kiszki ślepej. Kto ma w tem badaniu wprawę, może niemal na pewne stwierdzić, gdzie leży wyrostek, względnie czy ból, na który chory się skarży, pochodzi rzeczywiście z wyrostka; wiele bowiem jest cierpień, łudząco przypominających przewlekłe zapalenie wyrostka i właśnie nieraz badanie rentgenowskie może tu sprawę wyjaśnić. W ten sposób badali autorzy 25 niejasnych przypadków, a operacye potwierdziły co do joty wynik badania, natomiast tam, gdzie przez badanie rentgenowskie wyłączono zajęcie wyrostka, dalszy przebieg potwierdził to w zupełności. Badanie to jest stosowne oczywiście tylko w okresie pewnej bolesności; jest ono wtedy bardzo cenne i nieraz uchroni lekarza od pomyłek, a chorego od złego leczenia lub niepotrzebnej operacyi. K.

Frey: **W sprawie powstawania i leczenia przetoki odbytu.** (Münch. med. Woch. 1914, Nr 4). Na podstawie materyału prywatnej kliniki Kreckego w Monachium dochodzi F. do przekonania, że gruźlica stanowi zaledwo w 6—7% przyczynę powstawania przetoki odbytu, zresztą zaś chodzi tu o sprawy ostre. Przetoka powstaje najczęściej z tego, że lekarz nacina ropień z małego cięcia, zamiast odrazu przeciąć go aż do kiszki. Za najpewniejszy sposób operacyi uważa F. wycięcie zupełne całego kanału z następową tamponadą, chyba, że ujście przetoki w kiszce leży powyżej zwieracza zewnętrznego; wtedy ze względu na możliwą niedomykalność trzeba operować podług Rottera (cięcie przyodbytowe i tamponada). Wycięcie przetoki da się wykonać doskonale w znieczuleniu miejscowem i daje zupełną pewność, że sprawa się nie powtórzy. K.

Kaspar: **W sprawie t. zw. gruzełków wskutek ciał obcych w otrzewnej.** (Deut. Zeitschr. f. Chir. 124. 5—6). Znaną jest rzeczą, że nieraz w otrzewnej spotkać możemy obrazy, przypominające żywo rozsianą gruźlicę tej błony, a mające tło zupełnie inne. Należą tu: rak, dur, białaczka, rzadziej już guzki, wywołane przez ciała obce, jak włókna roślinne, pył kamienny i t. p. Podobny obraz spostrzegał autor u chorej, która operowana była kilkakrotnie z powodu niedrożności jelit. Badanie drobnowidowe guzków wykazało, że guzki te wytworzyły się wokoło włókien, pozostałych z wacików, używanych na 6 tygodni przedtem przy operacyi. Guzki te tworzą się nieraz szybko, bo w 10 dni, jak wykazują doświadczenia na zwierzętach, ale mogą także zjawić się do roku po dostaniu się ciał obcych do otrzewnej. K.

Payr: **W sprawie zapobiegania i leczenia zrostów otrzewnych.** (Napełnianie przewodu pokarmowego żelazem i elektromagnes). (Münch. med. Woch. 1913, Nr 47). P. czyni obecnie próby na zwierzętach, a częściowo także na ludziach, z oryginalnym sposobem leczenia, starając się wpływać na ruchy jelit zapomocą elektromagnesu, przyciągającego tlenek żelaza, którym jelito zostało napełnione. Sposób ten, zdaniem Payra, dozwoli może zapobiegać, względnie leczyć i rozciągać zrosty otrzewne, podnosić opadłe narządy, odkręcać skręcone jelita, wciągać wgłobienia, będzie też bardzo pomocnym przy rozpoznawaniu cierpień mechanicznych przewodu pokarmowego i przy badaniu rentgenowskiem, a może da się nim także leczyć przewlekłe zaparcie, zwężenia jelit i t. p. K.

Portner: **Rozpoznawanie i leczenie krwiomoczu.** (M. Klinik 1913, Nr 46). Przy krwiomoczu pewne rozpoznanie uczynić można głównie zapomocą cystoskopu, i to najlepiej w czasie samego krwotoku, bo potem często wynik badania bywa ujemny. Nie należy tylko cystoskopować, gdy przypuszczamy, że krwotok ma za przyczynę ostre wiewiórowe zajęcie pęcherza lub przy przeroście sterczu, gdy zachodzi obawa zakażenia lub zwężenie nie dozwala wprowadzić narzędzia. Przedtem należy się upewnić mikroskopem zawsze, czy chodzi o hematuryę, czy też o hemoglobinuryę. Krwotoki pochodzić mogą z tylnej części cewki, z pęcherza, moczowodu lub nerki. Rozstrzyga o tem badanie cystoskopem, badanie sprawności nerek i badanie moczu. Gdy przypadek jest niejasny, a nerka krwawi i jest bo-

lesna, lepiej nie zwlekać z odsłonięciem jej, a nieraz spotka się przytem nowotwór. Co do leczenia krwawień moczowych, to przy krwotoku z cewki wystarcza leczenie miejscowe, względnie cewnik na stałe i wkraplanie 2% azotanu srebrowego. Krwotoki gruźlicze usuwa operacya nerki, pęcherzowe operacya pęcherza, względnie wypalenie guza. Krwotoki przy kamieniach nie są zwykle groźne i ustają z chwilą wyjęcia kamienia. Nieraz wielkie trudności sprawia leczenie krwotoku przy sprawie zapalnej nerki, zwłaszcza, że krwotoki takie grożą niekiedy życiu; wtedy nie pozostaje nic innego, jak nerkę wyjąć. Mniejsze znaczenie mają krwotoki przy nerce wędrującej i wodonerczu. Tu umocowanie nerki lub operacya plastyczna miedniczki rychło je usuwa. K.

Schlaginweit: **Powstawanie i leczenie kamieni pęcherzowych.** (Tow. lek. Monachium II. 1914). Kamienie pojawiają się niejako endemicznie głównie w krajach mało kulturalnych, i to u dzieci sfer biednych, gdzie warunki higieniczne są bardzo złe, a odżywianie przeważnie roślinne. Właściwej przyczyny tworzenia się kamieni jeszcze nie znamy. Rozpoznanie obecnie następuje z pomocą oglądania pęcherza lub promieni Röntgena; taksamo kontrolujemy wynik operacyi. Tak kruszenie, jak cięcie nadłonowe da się znakomicie wykonać w znieczuleniu miejscowem sposobem Brauna. O ile kto ma w kruszeniu wprawę (bo jest ono znacznie trudniejsze, niż cięcie nadłonowe) i o ile ma odpowiednie narzędzia, to jeżeli nie ma zaułka w pęcherzu lub nowotworu, powinien zawsze kruszyć kamienie, chyba że są zbyt twarde, lub mają za jądro ciała obce. Kruszenie daje szybszy wynik, śmiertelność minimalną, nie naraża chorego na powikłania przyranne i t. d., ale wymaga troskliwego leczenia po zabiegu i urządzeń szpitalnych. K.

Mosenthal: **O obrazach rentgenowskich kamieni nerkowych i moczowodowych.** (Tow. lek. Berlin I. 1914). Przed każdą zamierzoną operacyą nerki z powodu kamienia należy wykonać bezwarunkowo zdjęcia rentgenowskie, i to z każdej strony po dwa, t. j. nerki i moczowodu. Na 500 chorych (1250 zdjęć) uzyskał M. 205 razy wynik dodatni, a pomyłki wydarzają się w 1%. Pyelografię miedniczek zapomocą kollargolu robić należy pod bardzo małem ciśnieniem. Z płyty nieraz rozpoznać możemy przypuszczalny skład kamienia. Zdjęcie robić należy przy wstrzymanym oddechu płytami podwójnemi. K.

Borelius: **Przyczynek do osteoplastyki.** (Bruns Beiträge. Tom 88. Zesz. 1). Znamy cztery metody osteoplastyki: 1) autoplastykę z własnego ciała, 2) heteroplastykę ze zwłok, 3) plastykę ze zwierząt, 4) zastosowanie materyału martwego (kość słoniowa, róg i t. d.) Ten czwarty sposób plastyki ma przed sobą jeszcze otwarte pole, gdyż nie wiadomo, jak szeroko go można stosować. To samo można powiedzieć o przeszczepianiu żywych kości zwierząt n. p. małp. Küstner i Lexer otrzymują dobre wyniki przy przeszczepianiu kości ze zwłok. Sposób ten nie jest jednak zupełnie pewnym. Autor uważa za najlepszy sposób autoplastykę, która przy skrupulatnej aseptyce, rozumnem wskazaniu i dobrej technice daje wyniki doskonałe. We wszystkich przypadkach wszczepia autor kość piszczelową (tibia). Stawy rzekome (pseudoartrozy) operuje w ten sposób, że piłką Gigliego odpiłowuje z piszczeli płat kości z okostną i w sposób dowolny umocowuje go na odświeżonej powierzchni pseudoartrozy. Wielkie znaczenie ma dokładne przymocowanie mięśni na wszczepione części. Przy brakach w kości obojczykowej, barkowej, piszczelowej, stosował autor również kość piszczelową. W dwu przypadkach trzeba było zastąpić kość barkową wraz ze stawem. W tym celu użył autor kości strzałkowej wraz ze stawem strzałkowo-piszczelowym. Dla umocowywania przeszczepionej części poleca Borelius materyał trudno ulegający wessaniu. Każdy chirurg, który jest panem techniki i aseptyki, otrzymywać będzie doskonałe wyniki tą metodą przeszczepiania kości. Tadeusz Kon

Położnictwo i ginekologia.

Koblanck: **Wskazania do wzniecania porodu przedwczesnego i jego technika.** (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1913 Nr 18). Autor znacznie rozszerza pojęcie wywołania porodu przedwczesnego przez to, że do porodów przedwczesnych zalicza również poronienia. Uzasadnia to autor tem, że chociaż ogólnie przyjęto, iż płód przed 28. tygodniem ciąży jest niezdolny do życia, jednakże dziecko, urodzone przed końcem 34 tygodni ciąży, również bardzo często ginie. Dlatego też autor twierdzi, że nie można uważać 28 tygodni ciąży za granicę między wywoływaniem poronienia, a wzniecaniem porodu przedwczesnego, lecz należy ją przesunąć znacznie dalej.

Z tego także względu utożsamia autor wywołanie poronienia ze wznieceniem porodu przedwczesnego, podciągając jedno i drugie pod jedną kategoryę, że wskazania i sposoby wykonania jednego i drugiego są te same. Wskazania, jakie zniewalają lekarza do wywołania poronienia, czy porodu przedwczesnego, bywają ze strony narządów płciowych następujące: wązka miednica, nowotwory (myoma, carcinoma), zakażenie macicy, pochylenie ku tyłowi macicy ciężarnej, również choroby innych narządów: gruźlica płuc i krtani, wady serca, zapalenie nerek, rzucawka, psychozy, niepowściągłe wymioty ciężarnych; ze strony jaja płodowego: ostry nadmiar wód płodowych, obumarły płód, zbyt długo trwająca ciąża. Wązka miednica dawniej odgrywała wielką rolę przy wskazaniach do wzniecania porodu przedwczesnego. Jednakże złe wyniki, jakie daje to wzniecanie, udoskonalenie techniki rozszerzania miednicy i cięcia cesarskiego wpłynęły na to, że porodów przedwczesnych ze względu tylko na zwężenie miednicy prawie zupełnie się nie stosuje. Symfizyotomia, hebosteotomia, cięcie cesarskie, dają daleko lepsze wyniki, niż wzniecenie porodu przedwczesnego. Zabiegi te można wykonać nawet w mieszkaniu położnicy, o ile klinika jest zbyt daleko położona. Ze wszystkich tych operacyi w domu poleca autor w domu prywatnym wykonywać jedynie cięcie cesarskie, i to zewnątrzotrzewne metodą Franka. Po ogoleniu pola operacyjnego i po zajodynowaniu, przecinamy poprzecznie skórę i powięź w blizkości włosów sromu, odsuwamy mięśnie proste od siebie, a następnie otrzewnę i pęcherz przesuwamy ze strony lewej na prawą, oddzielając je od szyjki macicznej. Obnażoną w ten sposób ścianę szyjki przecinamy mniej więcej w linii środkowej i wydobywamy dziecko kleszczami. Po usunięciu łożyska, szyjkę zszywamy szwem węzełkowym, a następnie zszywamy poszczególne warstwy powłok brzusznych. Za zachętę do wykonywania cięcia cesarskiego może również służyć to, że kobiety przestały się bać cięcia cesarskiego. Nowotwory również są wskazaniem do wywoływania porodu przedwczesnego. Decyzya w tych razach zależy od siedziby nowotworu. Jedynie przy mięśniakach szyjki macicznej jest wskazane wywołanie porodu przedwczesnego, (wyżej położone nowotwory nie przeszkadzają ani ciąży, ani porodowi). A z mięśniaków szyjki macicznej jedynie śródmiąższowe zmuszają do wykonania porodu przedwczesnego, natomiast podotrzewne jedynie wtedy, kiedy zamykają cały kanał rodny. Śródmiąższowe również muszą być dość znaczne, aby zmuszały do wywołania porodu przedwczesnego. Przy dużych śródmiąższowych mięśniakach najlepiej usunąć całą ciężarną macicę wraz z płodem. O ile ciąża jest powikłana obecnością raka, należy rozstrzygnąć, czy ten rak jest ograniczony tylko do macicy, czy też szerzy się i na sąsiednią tkankę łączną, ewentualnie pęcherz. Tylko w pierwszym przypadku można się zdecydować na przedwczesne wywołanie porodu. Jeszcze do bardzo niedawna byłoby w takich razach naszym obowiązkiem natychmiast wyjąć macicę drogą pochwy lub drogą brzuszną. Dzisiaj jednak probujemy przedewszystkiem zastosować promienie Röntgena. Jakby wpływały w takich razach promienie radu i mesotoru, mało możemy powiedzieć, a to tembardziej, że nie wiemy, jak te promienie

wpływają na rozwój dziecka. Prędzej szkody należy od nich oczekiwać i dlatego lepiej w czasie ciąży ich nie stosować. Coraz częściej w dzisiejszych czasach przerywamy ciążę wskutek zakażenia macicy, powstałego wskutek usiłowań zbrodniczego spędzenia płodu. Autor przy zgięciu macicy ciężarnej ku tyłowi ciąży nie przerywa, lecz odprowadza macicę albo ręcznie, albo zapomocą kolpeuryntera z rtęcią.

Następnie omawia autor przerywanie ciąży przy chorobach innych narządów u matki, przedewszystkiem zaś przy gruźlicy płuc. Rozróżnia przytem gruźlicę jawną i ukrytą. Przy jawnej, w ciąży stan matki pogarsza się w 90%, śmiertelność dochodzi do 60%; w ukrytej stan się pogarsza w 20%, śmiertelność dochodzi do 3%. O ile przerywamy ciążę u matek z widoczną gruźlicą, śmiertelność obniża się do 16%. Przerywania ciąży należy dokonywać u matek gruźliczych w pierwszych 3 miesiącach ciąży. W późniejszych miesiącach chybia ono celu. Gruźlica w ostatnich miesiącach ciąży szybkim krokiem idzie naprzód; często zdarza się tu samoistny poród przedwczesny i śmierć matki. Często jednak stan matki pogarsza się w czasie poporodowym, w połogu. Autor tłomaczy to tem, że liczne zarazki dostają się przez otwarte naczynia krwionośne do ogólnego krążenia. Dlatego też radzi autor nietylko wywołać poród przedwczesny, ale i usunąć miejsce zakażenia. W tym celu należy wykonać jeden z trzech następujących zabiegów: 1) całkowite wycięcie macicy z usunięciem jajników, 2) usunięcie całkowite tylko macicy, 3) usunięcie trzonu macicy po dokonanem poronieniu. Z tych trzech zabiegów poleca autor jedynie dwa ostatnie, gdyż usunięcie jajników bardzo ujemnie odbija się na późniejszym stanie zdrowia matki.

Przy gruźlicy matki doradza autor następujące postępowanie: 1) Przy gruźlicy ukrytej leczymy podczas ciąży matkę tak, jak gdyby tej ciąży nie było, mając na oku jedynie gruźlicę. W połogu musimy bacznie opiekować się matką. Dziecka do piersi nie przystawiamy. 2) Przy gruźlicy jawnej, albo przy gruźlicy leczonej, która w ciąży się zaostrzyła, w pierwszych trzech miesiącach ciąży należy macicę usunąć, albo po oddzieleniu jajników wyciąć dno macicy wraz z miejscem przyczepu łożyska. Z początkiem czwartego miesiąca ciąży całą uwagę zwracamy na uratowanie dziecka, gdyż matki w tym czasie już uratować się nie da. Czy należy usunąć macicę po urodzeniu się donoszonego płodu, to pytanie jeszcze nie jest rozstrzygnięte.

Przy chorobach serca zwracamy uwagę, czy wady serca są wyrównane, czy też nie, i tylko niewyrównane bierzemy w rachubę. Zwężenie zastawki dwudzielnej jest przytem wadą najniebezpieczniejszą. Początkowo próbujemy, czy się nam nie uda zapomocą kąpieli kwasowęglowych, śródżylnych wstrzykiwań strofantyny, mięsień sercowy wzmocnić. Jeżeli nie, natychmiast przystępujemy do przerwania ciąży bez względu na to, jak daleko jest ona posunięta. Przed przystąpieniem do zabiegu wstrzykujemy digalen. Zabieg sam wykonujemy w ten sposób, ażeby w ustroju matki nie nastąpiła raptowna zmiana w ciśnieniu krwi. Przekłuwamy więc pęcherz płodowy i pozwalamy wodom zwolna odpływać; bóle porodowe powstają zwolna; przy zupełnem otwarciu zakładamy kleszcze i natychmiast po usunięciu płodu kładziemy na brzuch ciężki worek z piaskiem lub brzuch silnie bandażujemy.

Co się tyczy przerywania ciąży przy zaburzeniach ze strony nerek, to musimy zwykle uwzględniać przejście zaburzeń nerkowych, wywołanych ciążą, w zapalenie nerek; wystąpienie objawów mocznicy; zaburzenia ze strony innych narządów, jak serca, płuc, oczu; niebezpieczeństwo grożące płodowi. Następujący schemat ułatwi rozwiązanie pytania, czy mamy nerkę ciężarnych, czy też zapalenie nerek:

	nerka ciężarnych	zapalenie nerki
Ilość moczu	znacznie zmniejszona	nieznacznie zmniejszona
białka	dużo	niewiele
mikroskopowo	leukocyty, wałeczki szkliste	erytrocyty, wałeczki ziarniste
serce	prawidłowe	powiększone
tętno	prawidłowe	twarde
dno oka	prawidłowe	zapalenie siatkówki

O ile chodzi o nerkę ciężarnych, to wyczekujemy, przepisujemy spokój i dyetę, badamy często mocz i jak tylko spostrzeżemy, że nerka ciężarnych przechodzi w zapalenie nerek, wywołujemy poród. Objawy mocznicy: bóle głowy, żołądka, wymioty, zaburzenia wzroku, szybkie wystąpienie obrzęków, zniewalają do natychmiastowego przerwania ciąży. Zapalenie miedniczek nerkowych wymaga przedwczesnego wywołania porodu, o ile to zapalenie przechodzi na miąższ nerkowy, albo jeżeli nie może być ograniczone przez przepłukiwanie miedniczek, przez stosowanie środków wewnętrznych, przez dyetę. Rzucawka wymaga przerwania ciąży. Przy psychozach radzi autor być bardzo powściągliwym z przerywaniem ciąży. Przy padaczce, o ile napady drgawek są bardzo częste, przerwać trzeba ciążę w piątym miesiącu. Niepowściągłe wymioty ciężarnych radzi autor próbować leczyć zapomocą odosobnienia, sugestyi, bromku sodowego 2·0 w lawatywie trzy razy dziennie, albo stosować: »Rp. Chloral. hydr. 1·5, pyramidon 1·0, tinct. vanil. 2·0, syr. c. aur. 20·0, satur. citr. ad 150·0«, przypalanie lewej środkowej małżowiny nosowej kwasem trójchlorooctowym.

Wskazaniem do wywołania porodu przedwczesnego ze strony płodu jest ostry nadmiar wód płodowych (hydramnios), śmierć płodu, zbyt długo trwająca ciąża przy nieznacznem zwężeniu miednicy.

Technika wywołania porodu przedwczesnego: Dla wzmocnienia nadeszłych już bólów porodowych poleca autor sekakorninę, przetwory przysadki, z których najbardziej zaleca pituglandol, koluitrynę. Sam sposób operacyi zależy od czasu ciąży, od wskazań dla dokonania zabiegu. W pierwszych 3—4 miesiącach (tutaj główną rolę grają choroby płuc i serca) poleca autor albo pochwowe cięcie cesarskie, albo rozszerzenie szyjki macicznej za pomocą blaszecznicy, lub gazy. Przed zastosowaniem blaszecznicy, rozszerzamy kanał szyjki macicznej metalowemi rozszerzadłami o tyle, ażeby można było pomieścić w kanale dwa pręciki blaszecznicy obok siebie. Wstrzyknięcie przytem sekakorniny lub pituglandolu wzmaga powstałe bóle porodowe. Po 12 godzinach zostaje jaje płodowe samo przez się wydalone, lub daje się łatwo usunąć. Jaje usuwamy ręcznie. W późniejszych miesiącach wybieramy między przerwaniem błon płodowych metreuryzą, a galwanizacyą. Wewnątrzszyjkowa galwanizacya wraz z przetworami przysadki daje się stosować w klinice. W praktyce najlepszą jest metreuryza. Po urodzeniu się metreuryntera wykonywamy obrót i wydobycie płodu, albo zakładamy kleszcze. Na zakończenie daje autor praktyczną radę, by nie przerywać ciąży, nie otrzymawszy zawczasu piśmiennej zgody obojga małżonków, ażeby w przyszłości uniknąć nieprzyjemnych skarg.

Tadeusz Kon.

Graff: **O wpływie ciąży na wzrost nowotworów złośliwych.** (85 Zjazd niem. lek. i przyr. Wiedeń). Panuje zapatrywanie, że ciąża wpływać ma dodatnio na rozwój i wzrost nowotworów złośliwych. Zdanie to oparto głównie na spostrzeżeniu, że rak sutka i macicy nieraz szybciej rośnie wśród ciąży. Nie można jednak uważać tych niejako miejscowo podrażnionych raków za regułę, a doświadczenia na zwierzętach, przeprowadzone przez G. w 200 przypadkach, wykazują coś wręcz przeciwnego. Podobnego zdania są Wertheim i Zweifel. Teilhaber nawet jest tego zdania, że wskutek przekrwienia szanse operacyi raka u ciężarnych są lepsze. Frankl wykazał w rakach u myszy niekorzystny wpływ ciąży na rozwój guzów nowotworowych. K.

Ludwik Stein: **O wpływie diuretyny na miesiączkowanie.** (Wien. med. Woch. 1913, Nr 31). Diuretyna wpływa na rozszerzanie się naczyń obwodowych, mianowicie dolnej połowy ciała. Stąd diuretyna przyspiesza miesiączkowanie.

Przy stosowaniu diuretyny miesiączka występowała o 8—10 dni wcześniej, niż zwykle; w przypadkach, kiedy następowało zatrzymanie miesiączki, jak w okresie przekwitania, przy niedokrwistości i t. d. 2—3 gr. diuretyny wystarczało, ażeby miesiączkę znowu wywołać. Dlatego też n. p. przy zapaleniach macicy i zapaleniach okołomacicznych trzeba być ostrożnym z podawaniem diuretyny. Tadeusz Kon.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek lekarzy rządowych w Galicyi.

Doroczne Walne Zgromadzenie w d. 16. i 17. lutego 1914 r. we Lwowie.

Tegoroczny Zjazd lekarzy rządowych zgromadził 70 uczestników ze wszystkich części kraju. Z zaproszonych gości przybyli: członkowie Najwyższej Rady zdrowia prof. Kostanecki i prof. Kučera, członek Krajowej Rady zdrowia prof. Sieradzki, z Namiestnictwa radca dworu Ustyanowski i Grodzicki, z Izby lekarskiej lwowskiej wiceprezes Dr Papée i Dr Mikołajski, oraz inspektor szpitali krajowych radca Dr Müller.

Zjazd zagaił prezes Dr Czyżewicz, przyczem w ciepłych słowach złożył hołd pamięci zmarłych członków. Dla trwałego uczczenia ich pamięci złożyli zebrani 281 K, a Wydział Związku przeznaczył 100 K na fundusz wdów i sierot po lekarzach rządowych im. Dra Barzyckiego.

Imieniem Namiestnictwa powitał Zjazd r. dw. Ustyanowski.

1) Następnie Dr Kuhn i Dr Czyżewicz przedstawili referaty **o nowej ustawie epidemicznej,** (które w obszernem streszczeniu będą drukowane w »Przeglądzie lekarskim«). — Referaty te wywołały ożywioną dyskusyę. Oprócz postulatów, zawartych w referacie Dr Czyżewicza, poruszono w dyskusyi potrzebę cmentarzy gminnych do grzebania zwłok zakaźnych. Prof. Kučera objaśniał sprawę rozporządzeń wykonawczych do ustawy, będących właśnie przedmiotem obrad Najwyższej Rady zdrowia i przyrzekł ze swej strony poprzeć żądania Związku. Rezolucye, wniesione przez Dr Czyżewicza, przekazano Wydziałowi Związku do dalszego załatwienia.

2) Dr Janikiewicz przedstawił **organizacyę walki z gruźlicą w powiecie skałackim,** gdzie zawiązane niedawno Koło Towarzystwa przeciwgruźliczego prowadzi 3 dyspensatorya (w Skałacie, Hałuszczyńcach i Podwołoczyskach) kosztem 1000 K rocznie.

Popołudniu zwiedzono fabrykę konserw Dr Ruckera.

Drugi dzień Zjazdu wypełniły sprawy administracyjne, wybory Wydziału na r. 1914, wykłady zaś wygłosili:

3) Dr Bory: **O durze osutkowym.** Na zasadzie własnych spostrzeżeń dochodzi prelegent do wniosku zgodnie z badaniami Nicollea i i., że roznosicielami duru są pchły i wszy.

4) Dr Skałkowski: **O badaniu robotników uszkodzonych wskutek wypadków.** Wykład ten, zestawiający przejrzyście główne zadania lekarza w tych przypadkach, wywołał obszerną dyskusyę. Kc.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa lekarskiego łódzkiego za r. 1913.

Skład osobisty Towarzystwa: D. 31 grudnia 1913 r. Towarzystwo liczyło członków honorowych 40, członków korespondentów 23, członków czynnych 99.

Skład Zarządu Towarzystwa: Prezes kol. A. Krusche, wiceprezes kol. S. Sterling, sekretarz I kol. E. Sonenberg, sekretarz II kol. A. Tomaszewski, skarbnik kol. H. Trenkner, bibliotekarz I kol. Z. Prechner, bibliotekarz II kol. H. Goldberg.

Komitety stałe: a) biblioteczny, koledzy: M. Cohn, Goldman i Trenkner; b) komisya rewizyjna: koledzy Littauer, Kiliński i Golc.

Skład sądu przy Towarzystwie: a) członkowie sądu: K. Jasiński, Sterling, Michalski Józef, Sonenberg, Grabowski (do maja r. z.), Skalski (od maja); b) członkowie zastępcy: Skalski (do maja) i Garlicka.

Komitety czasowe: Na członków podkomitetu organizacyjnego mającego się odbyć w r. 1914 Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Lublinie, wybrano kolegów: Sterlinga, Tomaszewskiego i Józefa Michalskiego.

W roku sprawozdawczym przyjęto w poczet członków Towarzystwa kolegów: Brabandra, Gromskiego, Eisnera, Dutkiewicza, Pinkusa Ludwika, Litmanowicza i Wolfsohna.

Śmierć zabrała z grona członków Towarzystwa b. p. kol. Herasima Weisberga.

Zarząd Towarzystwa odbył w ciągu roku ubiegłego 4 posiedzenia. Towarzystwo odbyło 20 posiedzeń oraz jedno posiedzenie nadzwyczajne w sprawie kas chorych. Wykładów i rozpraw odczytano 18: Z dziedziny dyagnostyki 1 (kol. Rozenblatówna), z dziedziny chorób wewnętrznych 4 (kol. Sterling, Rosenthal, Maybaum); z zakresu chorób dziecięcych 2 (Rozenblatówna, Gromski); z zakresu położnictwa i chorób kobiecych 4 (Rundo, S. Kohn, Brabander, Szejerowicz); z dziedziny chorób uszu 2 (A. Hejman, Czaplicki); z zakresu chorób nerwowych 1 (Więckowski); z zakresu syfilidologii 1 (Grosglik); radyologii 1 (Maybaum); z dziedziny chorób nagminnych 1 (Skalski) i z dziedziny statystyki 1 (Schoenaich). Chorych w roku sprawozdawczym pokazano 45; preparatów anatomo-patologicznych, klisz rentgenograficznych, preparatów mikroskopowych i t. d. pokazano 31. Z dłuższych omówień, których treścią były przypadki kazuistyczne, wrażenia, zebrane przy zwiedzaniu obcych zagranicznych urządzeń leczniczych, nowe metody lecznicze i t. d., zaznaczyć należy: 1) Mogilnickiego, omówienie, przy sposobności przedstawionych przypadków, najnowszych poglądów na etyologię pląsawicy; 2) Tomaszewskiego, przy sposobności przedstawienia przypadków gruźlicy kręgów, operowanych metodą amerykańską, szczegółowe omówienie zasad i techniki wymienionego zabiegu; 3) Rozenblatównej, która po zwiedzeniu szpitali i lecznic dla chorób dziecięcych w New-Yorku, podzieliła się ze słuchaczami wrażeniami, które tam zebrała, podkreśliwszy odrębności, dostrzeżone za oceanem w dziedzinie urządzeń leczniczych i wykonawstwa leczniczego.

Dyskusye nad odczytami i pokazami odznaczały się naogół pogłębieniem przedmiotu ze strony kolegów, którzy zabierali głos w dyskusyi. Niektóre przemówienia w dyskusyach stanowiły poniekąd uzupełnienia odczytów. Do tych zaliczyć należy przemówienia kolegów: 1) Sterlinga: O gruźlicy zapalnej Ponceta; o stosowaniu tuberkuliny z laseczników typu bydlęcego w celach rozpoznawczych (w dysk. nad odczytem o współczesnych poglądach na odczyny tuberkulinowe u dzieci); 2) Kaufmana: O uśpieniu chloroformowem »à la reine« (dysk. nad odczytem o środkach, łagodzących bóle porodowe). 3) Sonenberga: O niektórych ciekawych zjawiskach na skórze, spostrzeganych przy stosowaniu prób tuberkulinowych (w dysk. nad odczytem o współczesnych poglądach na odczyny tuberkulinowe u dzieci).

Streszczając powyższe daty, widzimy, że w roku ubiegłym mieliśmy odczytów 18, chorych pokazano 45, preparatów anatomo-patologicznych i t d. 31. W zestawieniu z r. 1912 ilość odczytów taka sama, natomiast pokazów znacznie więcej, bo o 35. Na wygłoszenie 18 odczytów w roku sprawozdawczym złożyło się 15 prelegentów, trzech bowiem prelegentów wygłosiło odczyty dwukrotnie. Z liczby 15 prelegentów było z grona członków Towarzystwa osób

12, trzech prelegentów nie należało do stowarzyszonych lekarzy. Chorzy przedstawiani stanowili wyłącznie prawie materyał szpitalny oraz z lecznic prywatnych.

Frekwencya uczęszczających na posiedzenia w roku sprawozdawczym znacznie wzrosła. Na ten wzrost złożyli się w znacznej mierze nowo przybyli koledzy, w charakterze gości, wśród których znów dużą odsetkę, zwłaszcza w drugiej połowie roku ubiegłego — stanowiły kobiety. Na kilku posiedzeniach liczba koleżanek dochodziła do 18 i 20. Wyrazem zwiększonego zainteresowania się kolegów-gości pracami Towarzystwa był większy niż zwykle, udział ich w odczytach, przedstawianiu chorych i t. d. W roku bowiem sprawozdawczym koledzy nie stowarzyszeni, zamieszkali w Łodzi, wypowiedzieli 2 odczyty, przedstawili 5 chorych i t. d.

Ze spraw o podkładzie zdrowotno-społecznym, poruszanych w roku ubiegłym w naszem Towarzystwie, wymienić należy dwukrotnie podnoszoną sprawę zbadania charakteru panoszącej się w Łodzi epidemii czerwonki. W imieniu sekcyi pedyatrycznej kol. Maybaum zaproponował utworzenie w tym celu komisyi, a w kilka miesięcy później kol. Skalski zaproponował zwrócenie się Towarzystwa do laboratoryum miejskiego. Towarzystwo poruczyło koledze Skalskiemu zajęcie się tą sprawą, wynikiem czego było, że zarządzający laboratoryum, kol. Bogusławski, przyrzekł bezinteresownie badać przysyłany do pracowni przez kolegów materyał (wypróżnienia chorych).

Z korespondencyi, odezw i t. d., które nasze Towarzystwo otrzymało w ciągu roku, na wyszczególnienie zasługuje otrzymany od prof. Halbana odpis listu jego do komitetu, który urządzał w roku bieżącym Zjazd psychiatrów i neurologów w Gandawie. List ten jest odpowiedzią na zaznaczający się na wszystkich zjazdach i kongresach naukowych kierunek, lekceważący odrębności narodowe ludów, pozbawionych niezależności politycznej i zwraca się z apelem do komitetu, upominając się o pogwałcone prawa lekarzy polskich.

Powyższe szczegóły stanowią wizerunek działalności naukowej naszego Towarzystwa za rok ubiegły. Jeśli zważymy, że rok ten zbiegł się z pracami przygotowawczemi na zapowiedziany na wiosnę Zjazd lekarzy prowincyonalnych w Lublinie i że okoliczność ta nie wpłynęła ujemnie na przebieg prac Towarzystwa, działalność bowiem tegoż nie odbiegła od norm lat ostatnich, musimy przyznać, że całość tej działalności za rok sprawozdawczy przedstawia się korzystnie. Sekretarz: E. Sonenberg.

Sprawozdanie z czynności sekcyi pedyatrycznej Towarzystwa lek. w Łodzi. Przewodniczący do czerwca kol. Schoenaich; od czerwca, jako zastępca do czasu ponownych wyborów, kol. Tomaszewski; sekretarz kol. Gromski.

W ciągu roku odbyło się 8 posiedzeń, na których było ogółem osób 140, średnio na każdem 17 osób.

Wygłoszone zostały następujące odczyty i przedstawione pokazy.

Odczyty: Kol. Czaplicki: Drżenie oczu błędnikowei jego znaczenie rozpoznawcze. — 2) Kol. Schoenaich: a) Przypadki zwężenia krtani z przerostu grasicy. b) VII sprawozdanie roczne z działalności szpitala »Anny Maryi« w Łodzi. — 3) Kol. Gromski: a) Tuberculosis universalis cum cirrhosi hepatis et nephritide haemorrhagica. b) Sprawozdanie z posiedzenia wydawców »Przeglądu pedyatrycznego«. — 4) Kol. Stankiewicz: a) Przypadek marskości wątroby na tle kiły dziedzicznej u chłopca 14-letniego. b) O leczeniu płonicy neosalwarsanem. c) Przypadek błonicy skóry.—5) Kol. Schoenaich: O leczeniu pląsawicy neosalwarsanem. — 6) Kol. Czaplicki: Laryngofissura post intubationem multiplicem.

Pokazy: 1) Schoenaich: a) 2 przypadki obrzęku śluzowatego; b) przypadek wyleczonego tężca u chłopca 10-letniego; c) 7 przypadków pląsawicy leczonej neosalwarsanem. — 2) Gundlach: a) preparat anatomiczny wielokrotnego wrodzonego zwężenia jelita biodrowego u dziecka 5-dniowego; b) preparat jelita zadzierzgniętego w uchyłku Meckela. — 3) Tomaszewski: a) pokaz torbieli jajnika u dziewczynki 6-letniej, wyjętej drogą operacyjną; b) przypadek nowotworu złośliwego (lymphosarcoma) migdała lewego i gardła; c) przypadek wodogłowia nabytego; d) osteopsathyrosis; e) przypadek gruźlicy kręgów leczonej metodą Albée. — 4) Czaplicki: Przedstawienie próby obrotowej drżenia oczu błędnikowego. — 5) Stankiewicz: Pokaz preparatu anatomicznego rzadkiej postaci czerwonki. — 6) Rotwand: Pokaz 4 przypadków pląsawicy, leczonych neosalwarsanem.

Sprawozdanie z czynności sekcyi neurologiczno-psychiatrycznej. W roku ubiegłym sekcya neurologiczno-psychiatryczna według sprawozdania sekretarza sekcyi kol. Klozenberga odbyła posiedzeń 8, w tych 3 w Kochanówce, a jedno wspólne z sekcyą neurologiczno-psychiatryczną warszawską. — Porządek dzienny obejmował odczyty, pokazy chorych ze szpitali: Kochanówka, Poznańskich, św. Aleksandra, Czerwonego krzyża i chorych z miasta, następnie pokazy preparatów makro- i mikroskopowych. Naogół posiedzenia sekcyi cieszyły się frekwencyą dość dużą i odwiedzane były przez kolegów z innych specyalności.

Medycyna publiczna. Higiena.

O zwalczaniu chorób zakaźnych według nowej ustawy z 14. IV. 1913 dpp. Nr. 67.

podał

Dr Adolf Kuhn

c. k. krajowy inspektor sanitarny.

(Referat na Walnem Zgromadzeniu Związku lekarzy rządowych w Galicyi w d. 16. II. 1914).

Ustawa o zapobieganiu chorobom zaraźliwym i zwalczaniu ich z 14. IV. 1913 wprowadza znaczne zmiany w naszem postępowaniu przeciw chorobom zakaźnym.

Przedewszystkiem nastaje wreszcie stan prawny tam, gdzieśmy dotychczas musieli pomagać sobie niejako prawem zwyczajowem, możemy oprzeć się o prawo i przeprowadzać potrzebne zarządzenia, nawet w drodze przymusowej, tam, gdzieśmy dotychczas byli zdani na dobrą wolę osób, nie zdających sobie zazwyczaj sprawy z naszych zamierzeń. Olbrzymim niewątpliwie jest postępem eliminowanie zupełne pojęcia »epidemii«; wyraz ten w ustawie nie jest wymieniony ani razu. Zarządzenia więc stosować będziemy przeciw każdemu przypadkowi choroby zakaźnej i nie będziemy czekać na »epidemię«. Wprawdzie w ostatnich latach przed ustawą już tak postępowaliśmy, ale zawsze jeszcze niejeden z nas musiał walczyć ze staremi pojęciami pod tym względem.

Ustawę więc powitaliśmy z wielkiem zadowoleniem.

Podnoszono z wielu stron, że pominięto w niej niesłychanie ważne sprawy, jak asanacya miejscowości i szczepienie ochronne od ospy, które przecie należą »par excellence« do środków zapobiegających chorobom zakaźnym, że nie zaliczono do chorób, podlegających ustawie, gruźlicy i kiły przynajmniej w ograniczonym zakresie. Zale te znane są kolegom i dlatego o nich nie będę się rozwodzić.

Chcę natomiast zwrócić uwagę głównie na te postanowienia ustawy, które znacznie odbiegają od ustalonych u nas norm postępowania, a może w niektórych razach nie na korzyść sprawy. Z tego założenia wychodząc, nie mogę pominąć wątpliwości, które nasuwają się przy studyowaniu ustawy, może nawet pewnych braków ustawy.

Oczywiście uczynię to nie w tym celu, aby wysnuć wniosek, że ustawa ma być zmieniona, ale po pierwsze dlatego, że niektóre postanowienia ustawy mogą być zmodyfikowane, względnie wyjaśnione w rozporządzeniu wykonawczem, co nawet Namiestnictwo już zainicyowało; powtóre dlatego, że dyskusya, która się zapewnie rozwinie, niejedną prawdopodobnie wątpliwość rozproszy.

Część I. Wyśledzenie choroby (§ 1—§ 5).

§ 1. Wedle § 1. obowiązkowi donoszenia podlega 17 chorób zaraźliwych i do tych tylko na razie odnoszą się postanowienia ustawy. Dla krótkości te choroby nazywać będę chorobami zakaźnemi. W § 2. powiedziano, że także o podejrzeniu tych chorób (z wyjątkiem gorączki połogowej) należy uczynić doniesienie. Nowo wprowadzono obowiązek donoszenia co do trądu i żółtej febry, rzecz, która dla nas ma małe znaczenie. Natomiast ważniejsze dla nas, że wyłączono odrę, krztusiec, grypę i ospę wietrzną. Nie wchodząc w motywa, dla których to uczyniono, należy podnieść, że dla zapobieżenia epidemiom ospy prawdziwej lub duru plamistego, sygnalizowanym przez wójta, jako ospa wietrzna wzgl. grypa, będziemy musieli często takie doniesienia wójta uważać za podejrzenie co do ospy prawdziwej wzgl. duru plamistego. Oczywiście, jeżeli doniesienie takie pochodzić będzie od lekarza, wzgl. szpitala, nie będziemy mieć podstawy do czynienia zarządzeń na zasadzie ustawy.

Doświadczenie ostatnich miesięcy pouczyło nas w departamencie sanitarnym Namiestnictwa, że także na doniesienia o odrze, wzgl. krztuścu musimy niekiedy interweniować, oczywiście nie na podstawie ustawy, ale na podstawie dawniejszych przepisów, jak to przewiduje § 48 ustawy.

Zdaje się zresztą nie ulegać wątpliwości, że na podstawie państwowej ustawy sanitarnej z r. 1870 władze mogą stosować środki zaradcze przeciw wszelkim chorobom zaraźliwym, jeżeli istnieje niebezpieczeństwo rozszerzenia się ich, bez względu na to, czy one podlegają obowiązkowi doniesienia, czy też nie. Szczególniej w szkołach, internatach, u przemysłowców, manipulujących ze środkami żywności, w zdrojowiskach i uzdrowiskach będziemy nieraz zmuszeni wydawać zarządzenia takie przeciw chorobom, nie objętym ustawą o chorobach zakaźnych, (n. p. przeciw odrze, krztuścowi, kile, gruźlicy). Dodać tu należy, że wedle reskryptu Minist. spraw wewn. z 24. XII. 1913, l. 26.259 z powodu chorób nie podlegających obowiązkowi donoszenia, jak grypa, krztusiec, odra, ospa wietrzna i świerzb, mogą być przyznawane koszta tylko wyjątkowo (okólnik Nam. z 16. I. 1914, l. VII, b. 2744/10).

W razach wątpliwych można zasięgnąć wskazówek w Namiestnictwie telegraficznie lub telefonicznie.

W ustępie końcowym § 1. postanowiono, że w drodze rozporządzenia co do chorób, niewymienionych w § 1, w pewnych razach może być zarządzony obowiązek donoszenia (oczywiście wraz ze wszystkiemi konsekwencyami, wynikającemi z dalszych §§ ustawy). Ministerstwo spraw wewn. pouczyło reskryptem z 26. VI. 1913, l. 3659 S., że do wydania takich rozporządzeń jest uprawnione Namiestnictwo. Nie ulega wątpliwości, że Starostwa w danych razach mogą i powinny czynić wnioski.

Z chorób, wymienionych w § 1, traktuje ustawa jako najgroźniejsze cztery choroby: dur plamisty, ospę, cholerę i dżumę; również jako groźne płonicę i błonicę. Uderza, a jak mi się zdaje, dla naszego kraju jest nieodpowiednie, że dur brzuszny jest traktowany dość łagodnie, natomiast jaglicę traktuje ustawa bardzo poważnie.

§ 2. Doniesienie ma być uskutecznione o k a ż d y m przypadku zasłabnięcia na chorobę, podlegającą obowiązkowi doniesienia i o każdym przypadku śmierci z takiej choroby, tudzież o k a ż d y m przypadku podejrzenia takiego zachorowania wzgl. takiej śmierci. Doniesienie ma być skierowane do naczelnika gminy, wzgl. przełożonego obszaru dworskiego. W drodze rozporządzenia może być zarządzone, aby o zachorowaniach ucznia, nauczyciela lub sługi szkolnego donoszono także kierownictwu szkoły. Jak Ministerstwo spraw wewn. wyjaśnia reskryptem z d. 26. VI. 1913, l. 3569, obowiązek doniesienia ze strony o s o b y n i e f a c h o w e j zachodzi wtenczas, jeżeli osoba ta wiedziała, że zachodzi przypadek choroby zakaźnej, lub jeżeli z widocznych objawów mogła przypuszczać chorobę zakaźną lub jej podejrzenie (n. p. wysypka krostowa w czasie epidemii ospy lub powszechnie znane objawy cholery w czasie panowania tej choroby). Dla l e k a r z a zachodzi obowiązek doniesienia, jeżeli na mocy swojego fachowego wykształcenia powinien był rozpoznać chorobę zakaźną lub jej podejrzenie. Co do formy doniesienia ma być wydane rozporządzenie.

§ 3. Wymieniono tu te osoby, które są obowiązane czynić doniesienia do zwierzchności gminnej, wzgl. do przełożeństwa obszarów dworskich. Bezwarunkowo są obowiązani l e k a r z ordynujący, w szpitalach zaś, domach porodowych i zakładach humanitarnych kierownik zakładu lub naczelnik oddziału, tudzież o g l ą d a c z z w ł o k. Osoby wymienione w punktach 2—8 tego § są warunkowo obowiązane do doniesienia, t. j. tylko wtedy, jeżeli osób wymienionych, w punktach poprzedzających 1—7, nie było i, jak dodaje Ministerstwo spraw wewn., gdy już przed wezwaniem lekarza wiadomy był charakter zakaźny przypadku. W przypadkach wąglika, nosacizny i wścieklizny mają czynić doniesienia także weterynarze, jeżeli dowiedzą się o zarażeniu się człowieka lub o podejrzeniu tego. O podejrzeniu co do gorączki połogowej donosić nie należy, jedynie o przypadkach sprawdzonej choroby, obowiązek więc dotyczy tylko lekarza, ewentualnie akuszerki. Pewne wątpliwości budzi obowiązek donoszenia właściciela domu, gdyż trzeba się obawiać zbytniej gorliwości tych osób.

Do kar za zaniedbanie doniesienia odnosi się § 39. Powiedziano tam, że nie będzie karane takie zaniedbanie ze strony osób obowiązanych w pierwszym rzędzie do doniesienia, jeżeli pomimo tego zaniedbania doniesienie wpłynęło w należytym czasie, oczywiście ze strony, wymienionej w § 3 później w szeregu obowiązanych, a, jak sądzę, nawet wcale nie wymienionej. Zdaje się więc, że także na doniesienia osób nieobowiązanych (n. p. żandarmów, sąsiadów) władza będzie zarządzać dochodzenia, przypuszczam jednak, że w niektórych przypadkach doniesienia takie przed wdrożeniem postępowania przepisanego ustawą będą przesłane zwierzchnościom gminnym do sprawozdania.

Wobec postanowień § 3 wydanie popularnych a dobrych pouczeń o rozpoznawaniu chorób zakaźnych jest koniecznością.

§ 4. O każdem doniesieniu ma naczelnik gminy, wzgl. przełożeństwo obsz. dworskiego zawiadomić natychmiast starostwo, wzgl. magistrat w miastach z własnym statutem. Władza ma prawo zarządzić, aby dalsze doniesienia przedkładano peryodycznie.

Szkoda, że nie postanowiono, iż starostwo każde doniesienie ma udzielić lekarzowi urzędowemu.

Prócz powyższego doniesienia o każdym p i e r w s z y m przypadku płonicy, błonicy, duru plam., ospy, cholery azyat., dżumy lub jaglicy, naczelnik gminy, wzgl. przełożony obsz. dworskiego, tudzież l e k a r z ordynujący, kierownik szpitala, domu porodowego lub zakładu humanitarnego, wzgl. naczelnik oddziału, ma uczynić doniesienie telegraficznie, telefonicznie lub przez umyślnego posłańca do starostwa, w miastach zaś z własnym statutem do Namiestnictwa. Wyliczono tu 6 groźniejszych chorób zakaźnych, nadto także jaglicę; tę, być może, na żądanie władz wojskowych.

W wielkich miastach, jak n. p. Lwów, Kraków, trudno będzie o sygnalizowanie pierwszych przypadków n. p. płonicy i błonicy, gdyż choroby te stale tutaj występują. Koszta tych osobnych doniesień ponosi państwo.

§ 5. przepisuje dochodzenia przez lekarzy urzędowych celem stwierdzenia rozpoznania choroby. Przewidziane są zakłady do badań rozpoznawczych, które utrzymywane będą kosztem państwa, nadto sekcye policyjno-sanitarne. Przy obradach w Izbie Panów wyrażano życzenia, aby stworzono większą ilość prosektur i stacyi bakteryologicznych, stacye te szczególniej na granicznych stacyach wchodowych. Być może, że w tym kierunku bliższe postanowienia zawierać będzie rozporządzenie wykonawcze.

Wedle § 43. ustawy (i reskryptu Min. spraw wewn. z d. 26. VI. 1913, L. 3659 s.) dochodzenia po myśli ustępu pierwszego § 5. w pierwszym rzędzie ma wykonywać zwierzchność gminna w poruczonym zakresie działania, inne dalej idące zarządzenia, przewidziane w ustawie, mają wydawać władze polityczne, jednakże wyjątkowo czynności przypadające gminie mogą być dokonane przez organa państwowe. (C. d. n.).

II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych w Lublinie.

Komitet organizacyjny II Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Lublinie rozesłał odezwę następującej treści:

W dniu 31. maja i 1. czerwca r. b. (Zielone Świątki) odbędzie się w Lublinie II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego.

Pozbawieni pomocy, jaką gdzieindziej dają wyższe uczelnie i instytucye naukowe, we własnej tylko inicyatywie, zrzeszaniu się, skupianiu sił i wymianie myśli znaleść możemy podnietę do doskonalenia się i uzupełniania swej wiedzy oraz należytego spełniania obowiązków swych względem kraju i społeczeństwa. Liczny i gorący udział lekarzy w I. Zjeździe w Łodzi, ilość i po-

waga wygłoszonych na nim odczytów, dowiodły najlepiej, że ogół lekarzy zdaje sobie sprawę ze znaczenia zjazdów i wpływu, jaki one wywrzeć mogą na podniesienie poziomu wiedzy wśród lekarzy prowincyonalnych. Żywimy przeto nadzieję, że i II. Zjazd skupi w Lublinie w imię wspólnej pracy liczne grono Kolegów i stanie się nowem promieniotwórczem ogniskiem naszej wiedzy. Uwzględniając przedewszystkiem to, co dla lekarza praktyka największe ma znaczenie, Komitet organizacyjny w wyborze głównego tematu Zjazdu kierował się pragnieniem wyjaśnienia nader ważnej dla każdego lekarza-praktyka sprawy rozpoznawania szeregu stanów gorączkowych o ukrytem pochodzeniu, które obecnie dzięki postępom nauk lekarskich i zastosowaniu ścisłych metod badania straciły już »ukryty« charakter i mogą być leczone przyczynowo.

Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem (t. zw. kryptogenetycznych) obrano zatem jako temat główny Zjazdu z zakresu medycyny praktycznej. Wstęp i ogólny zarys tego tematu przedstawi Dr Władysław Biegański (z Częstochowy); część kliniczna zaś opracowana będzie, jak następuje: 1) Dr Seweryn Sterling (Łódź): »Kiedy wolno uważać gorączkę za objaw skrytej gruźlicy płuc?«. 2) Dr Rozenfeld (Częstochowa): »Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia gruczołowego i migdałkowego«. 3) Dr Watten (Łódź): »Stany zapalne wyrostka robaczkowego, dróg żółciowych i trzustki«. 4) Dr Rogoziński (Lublin): »Zakażenia dróg moczowych«. 5) Dr Czerwiński (Lublin): »Cierpienia narządów rodnych kobiecych«.

Poza tym tematem głównym Komitet uważa za nader pożądane prace i przyczynki z zakresu serodyagnostyki, sero- i wakcynoterapii, wskazania do leczenia klimatycznego z uwzględnieniem szczególnem zdrojowisk polskich, leczenie dyetetyczne i przyrodolecznictwo.

Z dziedziny społeczno-lekarskiej obrał Komitet temat: **O zadaniach społecznych lekarza prowincyonalnego w naszych warunkach**; temat ten przyrzekł opracować Dr Adam Jarosiński ze Sterdyni; nadto poruszone będą żywotne sprawy uzupełnienia braków wykształcenia lekarzy prowincyonalnych, organizacyi wzajemnych ubezpieczeń lekarzy, wpływu lekarza na fizyczne wychowanie młodzieży i t. p., projektowane jest także opracowanie kodeksu deontologii lekarskiej.

Przytaczając tematy powyższe, jako pożądane, Komitet ma na celu zogniskowanie obrad Zjazdu na sprawach najbardziej żywotnych, niezależnie wszakże od tego Komitet zaprasza Kolegów do wzięcia czynnego udziału w Zjeździe przez opracowanie dowolnego tematu, każda bowiem praca przyczyni się niezawodnie do rozszerzenia wiedzy lekarskiej lub rzuci promień światła na stanowisko i działalność społeczną lekarza.

Przewodniczący w Komitecie: Stanisław Dobrucki.

Sekretarz: Wacław Jasiński.

Zjazd trwać będzie 2 dni: 31. maja i 1. czerwca czerwca 1914 r. Posiedzeń będzie cztery, po dwa dziennie; od 9. rano do 1. i od 3. do 7. wieczorem. W przeddzień Zjazdu, w sobotę, odbędzie się o godzinie 7 wieczorem posiedzenie uroczyste Towarzystwa lekarskiego lubelskiego.

Członkiem Zjazdu może być każdy lekarz w Królestwie Polskiem zamieszkały. Życzący sobie wziąć udział w Zjeździe, zgłoszenia swe kierują bądź do podkomitetów organizacyjnych, bądź też wprost do skarbnika Zjazdu (Dr J. Kiełczewski, Lublin, Szpitalna 5). Każdy członek Zjazdu płaci składki rb. 10, osoba towarzysząca płaci rubli 3. Każdy członek Zjazdu powinien wcześniej zamówić sobie mieszkanie, zwracając się do Komitetu gospodarczego (Dr A. Brzeziński, Lublin, Krakowskie-Przedmieście 49).

Życzący sobie wygłosić odczyt na posiedzeniach Zjazdu, tematy zgłaszać zechcą przed dniem 1. kwietnia 1914 roku do sekretarza Zjazdu (Dr W. Jasiński, Lublin, Krakowskie-Przedmieście 46). Prelegenci muszą przed 1. kwietnia nadesłać również na ręce sekretarza Zjazdu krótkie streszczenie swych odczytów (dla przesłania władzy na miesiąc przed otwarciem Zjazdu). Odczyt nie może trwać dłużej nad minut dwadzieścia, w dyskusyi przemawiać wolno nie dłużej nad minut 5, przy powtórnem zabraniu głosu — minut trzy.

Każdy członek Zjazdu otrzyma pamiętnik Zjazdu. Podczas Zjazdu odbędzie się pokaz narzędzi i aparatów lekarskich oraz preparatów farmaceutycznych. Biuro Zjazdu czynne będzie dnia

30. i 31. maja oraz 1. czerwca od 9. rano do 7. wieczorem w gmachu Resursy kupieckiej (ulica Kapucyńska).

Podkomitety organizacyjne z ramienia Towarzystw lekarskich: 1) w Częstochowie: Wł. Biegański, K. Rozenfeld (Częstochowa), J. Brzeziński (Zawiercie); 2) w Kaliszu: A. Dreszer, B. Koszutski, F. Krzymuski; 3) w Kielcach: K. Kosieradzki, J. Lewinson, Buszkowski; 4) w Łodzi: J. Michalski, S. Sterling, A. Tomaszewski; 5) w Piotrkowie: St. Rechniowski, A. Sobański, J. Wnorowski; 6) w Płocku: Wł. Kosmaciński, J. Kunig, A. Zaleski; 7) w Radomiu: J. Pełczyński, Ch. Raszkes, A. Szczepaniak; 8) w Siedlcach: A. Jarosiński (Sterdyń), H. Ostrowski, E. Wiszniewski; 9) w Zagłębiu Dąbrowskiem: J. Dehnel (Będzin), J. Puterman (Sosnowiec), Sz. Starkiewicz (Dąbrowa).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 5. III. b. r. posiedzenie, na którem przedstawili preparaty i przypadki chorobowe prof. Kader, Gliński, Dr Szymanowski i Bańkowski, Dr Hładij, a Dr Janiszewski miał wykład o nowych sposobach odosabniania chorych zakaźnych.

— W krakowskim szpitalu Braci miłosierdzia (Bonifratrów) leczono w r. 1913 ogółem 1821 chorych przez 35608 dni (średnio przebywał jeden chory 19·5 dni). W szpitalu wykonano 972 operacyi. W ambulatoryum udzielono 34211 porad. Pracowało w szpitalu 7 lekarzy, mianowicie prof. Bossowski, jako konsulent, prof. Krzyształowicz, Dr Frączkiewicz i Dr Rzegociński jako prymaryusze, doc. Radliński jako operator i kierownik oddziału chirurgicznego, Dr Motyka i Dr Kwiatkowski, jako sekundaryusze. Całą instytucyą zarządza przeor konwentu, Fr. Kyovsky.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Adolf Stanoch z Bierczy w Galicyi.

— Lwowskie Koło Towarzystwa walki z gruźlicą wniosło do Sejmu petycyę o subwencyę na budowę szpitala dla chorych na gruźlicę. Szpital na 100 łóżek, kosztem koron 485.000 i pawilonów przenośnych, kosztem koron 301.000, stanąłby na gruncie darowanym przez miasto Lwów, obok gotowych już pawilonów zakaźnych, a Towarzystwo walki z gruźlicą podejmie budowę, o ile rząd udzieli subwencyę na pokrycie części kosztów budowy i o ile Sejm uchwali stałą subwencyę na szereg lat na spłatę mającej się zaciągnąć pożyczki.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. II. do 21. II. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych 1 † —), krztuśca — † 1 (— † —), ospy wietrznej 1 † — (— † —), płonicy 14 † 1 (2 † —), odry 6 † — (— † —), duru brzusznego — † — (1 † —), zapalenia opon m. 1 † —, róży 1 † —.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Dr Jan Bączkiewicz, wiceprezes Towarzystwa higienicznego, ofiarował Towarzystwu 3000 rb. na urządzenie pracowni higienicznej w nowym gmachu, oraz 200 rb. na nagrodę konkursową za pracę z dziedziny higieny dzieci.

Ruch chorych zakaźnych w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. Od 8. II. do 21. II. r. b. przyjęto do szpitala przypadków: płonicy 5 † —, błonicy 3 † —, duru brzusznego 1 † —, zapalenia gruźliczego opon mózgowych 3. W tymże czasie zgłosiło się do ambulatoryum przypadków: odry 2, krztuśca 4, ospy wietrznej 2, ospy naturalnej 1. Dr Łyskawiński.

Łódź. Bezczynność zarządu miejskiego w sprawie walki z ospą zmusza Towarzystwo lekarskie łódzkie do uciekania się do wszelkich sposobów, mających na celu pobudzenie ludności Łodzi do zabezpieczenia siebie i swoich przed straszną chorobą. Jednym z takich środków jest następująca odezwa, która została rozesłana do akuszerek w Łodzi: »Jedna z najstraszniejszych niegdyś plag rodzaju ludzkiego, ospa, która przed laty tyle zabierała ofiar, dzięki odkryciu dobroczyńcy ludzkości, lekarza angielskiego, Jennera, przestała być groźną na świecie całym; wyjątek stanowi Łódź, gdzie choroba ta po dawnemu trapi dziatwę, a nawet dorosłych, szczególnie z pośród mniej dbałej o swe zdrowie ludności uboższej naszego miasta. W Łodzi umiera corocznie od paru do kilku, a nawet kilkunastu setek osób na ospę, zapada zaś na tę straszną chorobę od półtora do 10—12 tysięcy, jak to było w r. 1911, kiedy na ospę umarło w Łodzi 1308 osób. Tymczasem od każdego z nas zależy, byśmy zarówno siebie samych, jak najbliższych naszych zabezpieczyli od tego strasznego niebezpieczeństwa, jakiem jest zapadnięcie na ospę. W tym celu wystarczy poddać siebie i swoich szczepieniu ochronnemu. Zapobiega ono w większości przypadków zachorowaniu na ospę, a ponawiane trzykrotnie co lat siedem, jest w stanie zabezpieczyć bezwzględnie człowieka od śmierci wskutek ospy. Powyższe wyjaśnienia zechcą Panie zużytkować w celu przekonania rodzin noworodków o ważności szczepienia ospy ochronnej. Przytoczyliśmy je, chcąc przypomnieć Paniom i zwrócić ich uwagę na obowiązek zawodowy, ciążący na nich i polegający na uświadamianiu rodziców niemowląt o znaczeniu i wpływie dodatnim szczepień ochronnych, które można i należy wykonywać u dzieci już w 6—8 tygodniach ich życia. Na Was, PP. Akuszerki, ciąży obowiązek, od którego nie powinnyście się uchylać, przekonywania rodziców, a przedewszystkiem matek, że maj nie jest jedynym miesiącem w roku, przeznaczonym do szczepienia ospy, że szczepić można i należy rok cały, bo ospa, szczególniej w Łodzi, rok cały panuje, rok cały ludzie na ospę zapadają, rok cały umierają! Akuszerki winny wytłómaczyć każdej matce, że dziecko, któremu ospa przyjęła się należycie, rzadko bardzo zapada na tę chorobę w ciągu pierwszych lat 6—7, oraz że nie było jeszcze wypadku, by dziecko takie w tym okresie czasu umarło na ospę. Ponowne szczepienia, dokonywane dwukrotnie co lat siedem, zabezpieczają na życie całe; tem się tłómaczy fakt, że ospa stanowi taką rzadkość w Niemczech, gdzie istnieje przymusowe szczepienie ospy ochronnej. Ospę szczepią bezpłatnie w kancelaryach cyrkułów policyjnych, w ambulatoryach: chrześcijańskiego Tow. dobroczynności, szpitala Poznańskich, szpitala Anny Maryi dla dzieci, na Bałutach; za wynagrodzeniem szczepią w lecznicach, szczepią lekarze, felczerzy, akuszerki. Szczepienie nie jest i nie może być niebezpieczne dla nikogo, zaniebanie szczepienia naraża na wielkie niebezpieczeństwo zarówno samego nieszczepionego, jak i jego otoczenie. O wszystkiem tem niech Panie objaśniają rodziców noworodków dla zdrowia i dobra mieszkańców Łodzi i całego kraju, ospa bowiem przez otoczenie każdego chorego może być rozniesiona po okolicy«.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 16. II. do 2. III. 1914. przypadków: ospy 2 † 1, płonicy 10 † 1, róży 1 † —. Dr Trenkner.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 11. marca 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym wykład Dr Spiry: O niemocy słuchowej.

Posiedzenie Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **d. 9. marca 1914 o g. 6 wieczór** w szpitalu powszechnym w Jarosławiu. Porządek dzienny: 1) Demonstracya chorych. 2) Niedomogi i braki w ustawie o tłumieniu chorób zaraźliwych szczególniej z uwzględnieniem naszego kraju, kolega Dr Czyżewicz. 3) Wnioski członków. 4) Wybory.

Dr Orłowski, sekretarz. Dr Fechter, zast. przew.